

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES

***BALANCED SCORECARD EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES:
MANAGERIALISM OU GESTÃO ESTRATÉGICA?***

ERTHELVIO MONTEIRO NUNES JUNIOR

VITÓRIA, ES
2016

ERTHELVIO MONTEIRO NUNES JUNIOR

***BALANCED SCORECARD EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES:
MANAGERIALISM OU GESTÃO ESTRATÉGICA?***

Dissertação apresentado como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em
Administração, Curso de Mestrado em
Administração, Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal do
Espírito Santo.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Lucilaine Maria Pascuci

VITÓRIA

2016 - ES

RESUMO

O processo decisório estratégico é crucial para as organizações, pois estabelece de que forma materializar as estratégias e garantir o cumprimento de suas metas. Dentre as práticas de gestão comumente adotadas como apoio ao processo decisório e avaliação do desempenho organizacional, destaca-se o *Balanced Scorecard* (BSC). Apesar de ter sido desenvolvido para organizações mercadológicas, o BSC tem sido adotado também em hospitais. Todavia a natureza profissional, complexa e pluralista da organização hospitalar, além da imprevisibilidade desse contexto e da autonomia de seus membros podem dificultar a efetividade de práticas essencialmente lineares. Nesse contexto esse estudo tem por objetivo analisar quais as características da adoção do BSC na tomada de decisões estratégicas de um hospital privado. Para tanto buscou-se investigar a presença e a influência de aspectos racionais, políticos e simbólicos no processo decisório estratégico. Trata-se um estudo de caso de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. Os dados foram coletados por meio de questionários, observação não participante e entrevistas. Os resultados evidenciaram o acompanhamento das metas como sendo simbólico, uma vez que metas são alteradas, sem alteração do registro e controle das mesmas. Apesar de limitações identificadas na implementação e na adoção do BSC, os gestores hospitalares conseguem racionalizar sua adoção e encontrar justificativas para a sua importância na gestão estratégica do hospital. Ainda que se verifique a presença de aspectos racionais no processo, constatou-se a predominância do aspecto simbólico, uma vez que o uso do BSC busca fortalecer a imagem de gestão moderna e profissionalismo perante o mercado. Por se tratar de burocracias profissionais, além de serem influenciadas por interesses de seus múltiplos *stakeholders*, constatou-se também que a forte presença do aspecto político influencia a efetividade do BSC, uma vez que grande parte das decisões, o atendimento de interesses grupais, independente dos indicadores do BSC. Conclui-se, portanto, que o BSC tem demonstrado a sua utilidade no ambiente hospitalar, todavia, muito mais por apoiar a definição de grandes metas (onde chegar), do que criar mecanismos para alcançá-las (como chegar lá). Isso ressalta o entendimento de que a imprevisibilidade afeta a condução de planos rígidos e consequentemente a adoção de metodologias desenvolvidas segundo essas premissas.

Palavras chave: *Balanced Scorecard*, Processo decisório estratégico, Hospitais.

ABSTRACT

The strategic decision-making process is crucial for organizations because it establishes how to materialize the strategies and ensure the fulfillment of its goals. One of the management practices commonly adopted as support for decision-making and evaluation of organizational performance, the *Balanced Scorecard* (BSC). Although it was developed for marketing organizations, the BSC has been adopted also in hospitals. However, the professional nature, complex and pluralistic hospital organization, plus the unpredictability of this context and of the autonomy of its members can hamper the effectiveness of practices essentially linear. In this context, this study aims to analyze what are the characteristics of the adoption of the BSC in strategic decision-making in a private hospital. For both sought to investigate the presence and influence of rational, political and symbolic aspects in the strategic decision-making process. This is a case study of qualitative, exploratory and descriptive nature. The data were collected through questionnaires, participant observation and interviews. The results showed the monitoring of goals as being symbolic, once goals are changed without changing the registry and control. Despite the limitations identified in the implementation and adoption of BSC, hospital managers can streamline your adoption and find justifications for their importance in the strategic management of the hospital. Although the presence of rational aspects in the process, it was noted the prevalence of symbolic aspect, since the use of the BSC seeks to strengthen the image of modern management and professionalism before the market. As professional bureaucracies, in addition to being influenced by interests of multiple *stakeholders*, it was noted that the strong presence of politics influences the effectiveness of the BSC, since most decisions, the attendance of group interests, independent of the BSC indicators. It is therefore concluded that the BSC has demonstrated its usefulness in the hospital environment, however, much more to support the definition of large targets (where you get), than creating mechanisms to achieve them (how to get there). This underscores the understanding that the unpredictability affects driving rigid plans and consequently the adoption of methodologies developed according to these premises.

Keywords: *Balanced Scorecard*, strategic decision-making, hospitals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Reuniões de acompanhamento e seus indicadores resultantes	48
Figura 2 -	Estrutura Decisória	59
Figura 3 -	Indicadores definidos em conjunto ao as áreas responsáveis x Indicadores delegados às áreas responsáveis	62
Figura 4 -	Adequação do BSC às características do HGV	64
Figura 5 -	Nível de concordância de que o desempenho para a alta administração vai além de metas financeiras	66
Figura 6 -	Nível de concordância de que os indicadores organizacionais estão diretamente relacionados à estratégia	68
Figura 7 -	Nível de concordância de que os indicadores do BSC são um importante mecanismo de apoio à tomada de decisão para o HGV	70
Figura 8 -	Nível de concordância de que a imprevisibilidade do ambiente hospitalar dificulta a utilização racional dos indicadores	73
Figura 9 -	Revisão dos indicadores e das estratégias do HGV em função das mudanças do contexto interno e externo	74
Figura 10 -	Nível de concordância com relação à utilização do BSC para fortalecer a imagem do Hospital	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Categorias Analíticas do Estudo	39
Quadro 2 -	Outros termos relevantes	42
Quadro 3 -	Características do Hospital HGV	46
Quadro 4 -	Perspectivas do BSC X Perspectivas do HGV	47
Quadro 5 -	Categorias e subcategorias de análise	53
Quadro 6 -	Nível de concordância com relação ao BSC ser um mecanismo de acompanhamento das estratégias	71
Quadro 7 -	Síntese da presença das dimensões racional, política e simbólica no BSC	76

LISTA DE SIGLAS

ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Particulares

BSC - *Balanced Scorecard*

EVA - *Economic Value Added*

ISO - *International Organization for Standardization*

PE - Planejamento Estratégico

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organismo Nacional de Acreditação

MBO - *Management by Objectives*

HGV - Hospital Grande Vitória

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	12
1.2	OBJETIVOS DA PESQUISA	12
1.3	JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA.....	13
1.4	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	14
2	QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	16
2.1	PROCESSO DECISÓRIO EM ORGANIZAÇÕES	16
2.1.1	Modelos de Processos Decisórios.....	20
2.1.2	As Características do Processo Decisório nas Dimensões Racional, Política e Simbólica	25
2.1.2.1	Dimensão Racional.....	25
2.1.2.2	Dimensão Política.....	26
2.1.2.3	Dimensão Simbólica	27
2.2	MÉTODOS DE GESTÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DECISÓRIO ESTRATÉGICO.....	28
2.2.1	Managerialismo.....	32
2.2.2	BSC como Metodologia de Gestão	33
2.3	PROCESSO DECISÓRIO ESTRATÉGICO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	35
3	METODOLOGIA.....	38
3.1	ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA	38
3.1.1	Perguntas de Pesquisa	38
3.1.2	Definição das Categorias Analíticas ou Variáveis	38
3.1.3	Definição de Outros Termos Relevantes	41
3.2	DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA	43
3.2.1	Delineamento e Etapas da Pesquisa.....	43
3.2.2	Organização Pesquisada	45

3.2.3	Procedimentos de Coleta de Dados.....	49
3.2.4	Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados	52
3.2.5	Limitações da pesquisa	54
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	56
4.1	PROCESSO DECISÓRIO ESTRATÉGICO E O USO DO BSC NO HGV.....	56
4.2	CARACTERÍSTICAS RACIONAL, POLITICA E SIMBÓLICA DA ADOÇÃO DO BSC NO HGV	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
5.1	RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA.....	78
5.2	SUGESTAO DE PESQUISAS FUTURAS	80
6	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista.....	90
	APÊNDICE 2 - Questionário.....	93
	APÊNDICE 3 - Respostas do Questionário	96
	ANEXO 1 - Mapa Estratégico do HGV.....	97
	ANEXO 2 - Exemplo de Painel de Indicadores.....	98
	ANEXO 3 - Banner de Desdobramento da Estratégia	99

1 INTRODUÇÃO

O processo decisório é crucial para as organizações e precisa ser bem compreendido, pois, acontece continuamente, em todos os níveis organizacionais, além de influenciar diretamente o desempenho da organização (FREITAS; KLADIS, 1995). Neste sentido, Hoppen (1992), percebendo a organização como um sistema em constante mudança, destacou que as atividades da empresa, em todos os seus níveis hierárquicos são, essencialmente, atividades de tomada de decisão e de resolução de problemas.

Dessa forma, o uso de técnicas e metodologias de gestão pode ser justificado, principalmente, naqueles casos em que a organização esteja sujeita a uma combinação de variáveis e mudança do tipo complexa e dinâmica, na nomenclatura de Miles e Snow (1978). Várias técnicas e práticas gerenciais têm sido disseminadas na literatura – e também no mercado – com a proposta de contribuir para a otimização do desempenho organizacional (STACEY, 2010; MEYER; MEYER, 2013). Como exemplos podem ser mencionados o Planejamento Estratégico (PE), a Gestão Orçamentária, os Sistemas da Qualidade com base nas normas do *International Organization for Standardization* (ISO), o *Balanced Scorecard* (BSC), dentre outros.

Todavia, ainda que a contribuição destas práticas gerenciais seja reconhecida em algumas áreas de atuação específicas, não necessariamente significa que os mesmos resultados serão alcançados em todo o tipo de organização (QUIGGIN, 2003). Ocorre que tais práticas gerenciais foram desenvolvidas para organizações industriais do Século XX e, portanto, seguem uma lógica onde o padrão de referência é essencialmente racional seguindo uma lógica que Mintzberg (2003) denominou de “Burocracia Mecanizada”. Nesta perspectiva teórica prevalecem aspectos racionais preconizados por Taylor (1995) e Fayol (1989) como o trabalho rotineiro, simples e repetitivo e assume-se a existência de um processo decisório estratégico *top down* (MINTZBERG, 2003).

Entretanto, nem todas as organizações são essencialmente racionais, com processos sistematizados e simples (PASCUCI; MEYER, 2013). Etzioni (1989) e

McDaniel (2007), entre outros autores, têm apontado que as organizações são diferentes entre si e, em alguns casos, tais diferenças são incompatíveis ao modelo tradicionalmente racional de decisão e gestão estratégica e, por conseguinte, também aos métodos de implementação da estratégia e mensuração de desempenho (MCDANIEL, 2007). É o caso de hospitais, universidades, organizações do terceiro setor e cooperativas, por exemplo, onde as decisões são tomadas a partir de interesses de grupos que compõe a organização e que, nem sempre, compartilham os mesmos interesses organizacionais (ETZIONI, 1989; MINTZBERG, 2007), gerando assim conflitos que interferem no processo decisório e se sobrepõem à característica racional da maioria das práticas gerenciais (PASCUCI; MEYER, 2013).

Mintzberg (2003) classifica organizações hospitalares e universitárias, por exemplo, como “Burocracias Profissionais”, pois, nestas organizações, a autoridade fundada no poder burocrático é substituída pela autoridade fundada na especialização. Nestas organizações, o processo decisório assume um desafio adicional, na medida em que as decisões nem sempre se baseiam no lógico e racional, mas ao contrário, são fortemente influenciadas por grupos de interesse internos e, especialmente, dos grupos de profissionais especialistas (ETZIONI, 1989; MINTZBERG, 2003).

As organizações hospitalares, em especial, têm enfrentado nos últimos anos constantes desafios, principalmente, relacionados à forte regulamentação governamental, a cobrança por parte da sociedade por qualidade e também dos seus *stakeholders*, em termos de melhor efetividade e desempenho (PORTER; TEINSBERG, 2006; PASCUCI; MEYER, 2011). Estas diferentes e importantes demandas têm incentivado, cada vez mais, os hospitais a buscarem a profissionalização de sua gestão e, neste intuito, a adoção de práticas gerenciais – como o PE e o BSC – têm sido amplamente disseminadas nestas organizações.

As características diferenciadas entre as organizações hospitalares e os demais tipos de organizações são consideradas por Lemos e Rocha (2011) como sendo inúmeras. Dentre estas diferenças pode-se destacar a dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar (LEMOS; ROCHA, 2011), a existência de um poder compartilhado (especialista e burocrático) na gestão (CECÍLIO; MENDES, 2004), a

imprevisibilidade (ETZIONI, 1989; STACEY, 2010) e, também, a maior preocupação dos médicos com a sua profissão e, menos, com a organização (VENDEMIATTI; SIQUEIRA; FILARDI *et al* 2010). Destacam-se, ainda, na gestão das organizações hospitalares, características como a alta variabilidade e complexidade do serviço prestado, extremamente especializado e dependente de uma pluralidade de agentes, especialmente, de diferentes grupos de profissionais, dentre outras (ETZIONI, 1989; CECÍLIO; MENDES, 2004; PASCUCI; MEYER, 2013).

O processo decisório, neste tipo de organização, portanto, tem se constituído em enorme desafio. Neste sentido, Pascuci e Meyer (2013) já destacaram que há, na gestão estratégica em hospitais, aspectos culturais, políticos, simbólicos, sociais e também organizacionais que não podem ser negligenciados. Os mesmos autores destacaram, ainda, que as organizações hospitalares têm buscado, cada vez mais, a profissionalização de sua gestão a partir da adoção de práticas gerenciais referendadas no mercado. Todavia, dadas as características diferenciadas destas organizações, apresentadas anteriormente, bem como a lógica racional que orienta a maioria das práticas de gestão oriundas do mercado (MEYER, 2005) é possível supor que, mais do que resultados efetivos (lógica racional), tais práticas assumam um caráter político ou mesmo, simbólico.

Dentre as práticas de gestão comumente adotadas como apoio ao processo decisório e avaliação do desempenho organizacional, este estudo tem foco no BSC. Um dos motivos para esta escolha é o fato de que essa metodologia de gestão tem sido amplamente adotada em hospitais, a ponto de estar sendo considerada como uma prática padrão no setor hospitalar em vários países. (OLDEN; SMITH, 2008).

O BSC é uma metodologia que tem como objetivo comunicar a visão e a estratégia por meio de indicadores de desempenho, tanto financeiros quanto não financeiros, originários de objetivos estratégicos e metas que interagem em meio a uma estrutura lógica de causa e efeito, decorrentes da estratégia da organização (KAPLAN E NORTON, 1997). Por sua vez, as organizações hospitalares, além da complexidade de seu ambiente, são caracterizadas como organizações profissionais,

o que dificulta a sua gestão estratégica por meio de controles tecnocráticos baseados na racionalidade (MINTZBERG, 2003), tornando assim, a adoção de uma metodologia como o BSC, mais desafiadora.

Nestes termos, a proposta deste estudo é analisar o processo decisório estratégico de organizações hospitalares considerando as características da adoção do BSC (KAPLAN; NORTON, 1997) no apoio à tomada de decisão segundo as dimensões racional (MARCH; SIMON, 1979; ANSOFF, 1991; CHANDLER), política (PETTIGREW, 1977; MINTZBERG, 1985) e simbólica (COHEN; MARCH, 1974; SCOTT, 1998). Neste processo, buscou-se identificar a percepção de gestores de diferentes níveis organizacionais, incluindo especialistas.

1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Tendo como base a contextualização apresentada, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa:

Quais as características da adoção do BSC no processo decisório estratégico de uma organização hospitalar?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Tem-se como Objetivo Geral desta pesquisa:

Analisar as características da adoção do BSC na tomada de decisões estratégicas de uma organização hospitalar.

Para que este objetivo seja alcançado, têm-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as características do processo decisório da organização hospitalar privada analisada, no período de 2010 ao primeiro semestre de 2016;
- b) Verificar as características de utilização do BSC na organização estudada;
- c) Analisar as características da adoção do BSC na tomada de decisão estratégica sob a ótica das dimensões racional, política e simbólica; e
- d) Identificar como as informações decorrentes da adoção do BSC são utilizadas como apoio à tomada de decisão, no nível estratégico, na organização hospitalar analisada.

1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

Deve-se pensar a relevância científica desta pesquisa a partir de algumas características peculiares de organizações hospitalares frente suas abordagens gerenciais. Segundo Meyer e Meyer (2013), é comum as organizações adotarem abordagens gerenciais que foram desenhadas para organizações industriais – mecanicistas. Assim, ao considerar uma estrutura organizacional como máquina (MINTZBERG, 2003), corre-se o risco de gerenciá-la como tal, pois, como Morgan destacou (2006, p.17) “[...] quando os administradores pensam nas organizações como máquinas, tendem a administrá-las e planejá-las como máquinas feitas de partes que se interligam, cada uma desempenhando um papel claramente definido no funcionamento do todo”.

As organizações hospitalares caracterizam-se por serem complexas profissionais e pluralistas (ETZIONI, 1989; MINTZBERG, 1994; PASCUCI; MEYER, 2013). Ao tentar encaixá-las em modelos racionais, seus resultados podem tornar-se desastrosos, gerando gastos desnecessários de recursos e perda de tempo, além do distanciamento da missão organizacional (BOLMAN; DEAL, 2003).

Embora o tema processo decisório possa ser considerado bastante explorado na literatura – seja em termos individuais, seja no âmbito organizacional (SOUSA, 2006) – as publicações relacionadas ao contexto de organizações hospitalares apresentam, ainda, questões a serem exploradas. É o caso de se analisar a adoção

de metodologias de apoio ao processo decisório, como no estudo proposto, o BSC, que originalmente foi concebido como metodologia de controle (KAPLAN; NORTON, 1997) buscando identificar, no processo decorrente de seu uso, as características das dimensões racionais (CHANDLER, 1962; SLOAN, 1963, ANSOFF, 1965; KAPLAN E NORTON, 1997), política (PFEFFER, 1994 PETTIGREW; 1977 BOLMAN; DEAL, 2003) e simbólica (SCOTT, 1998; MEYER; ROWAN, 1977). O estudo proposto pretende, portanto, contribuir para a literatura na área, principalmente quando se trata de um sistema complexo (ETIZIONI, 1989), como é a organização hospitalar.

Já a importância prática da pesquisa, concentra-se no fato de que no esforço de gerenciar as organizações hospitalares modelos e abordagens têm sido importados da área empresarial. Para Meyer e Lopes (2007), modelos gerenciais projetados para organizações “máquina” pouco se adequam a sistemas complexos e frouxamente articulados, como é o caso de organizações hospitalares. Observa-se, que a natureza complexa da organização hospitalar e o amadorismo gerencial têm se constituído em fatores que dificultam o sucesso dessas práticas gerenciais no referido contexto mundial.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Visando melhor apresentação a presente dissertação está estruturada em cinco capítulos: O primeiro capítulo consiste da Introdução, o segundo, o Quadro Teórico de Referência, o terceiro apresenta a Metodologia, o quarto a Análise e Discussão dos Dados e por fim, no capítulo 5, são apresentadas as Conclusões e Recomendações para estudos futuros.

No primeiro capítulo, Introdução, apresenta-se um breve levantamento sobre os principais aspectos da pesquisa. Serão apresentados a formulação do problema de pesquisa, o objetivo geral e os específicos. As justificativas práticas e teóricas de contribuição e utilização de teorias também tiveram seu destaque.

No segundo capítulo são apresentadas as características do processo decisório organizacional nos diferentes níveis organizacionais, suas características e conceitos básicos, como: processo decisório, tipos de decisão, fases do processo decisório e modelos de decisão. É destacado também neste capítulo, que algumas características presentes no processo decisório podem ser agrupadas em dimensões identificadas na literatura própria como a racional, a política e a simbólica.

Na sequência aborda-se a respeito da adoção de métodos de gestão no processo decisório com foco no BSC, como metodologia de apoio a tomada de decisão e, posteriormente, no terceiro item do referencial teórico são abordadas as características exclusivas das organizações hospitalares, a complexidade de sua gestão e as particularidades de seu processo decisório estratégico.

No capítulo terceiro trata dos aspectos metodológicos onde são apresentados a especificação do Problema de Pesquisa, contendo as Perguntas de Pesquisa, a definição das Categorias Analíticas e de outros termos. Em seguida são apresentadas a Delimitação e o Design da Pesquisa, que contempla o Delineamento e as Etapas da Pesquisa, a apresentação do Hospital Grande Vitória (HGV) que é a Organização Pesquisada, o Procedimento de Coleta e Tratamento dos Dados. Ao final são apresentadas as Limitações da Pesquisa.

O quarto capítulo trata da Análise e Discussão dos Dados. Nele são apresentados os resultados do estudo e suas análises com relação ao Processo Decisório e o Uso do BSC e as Características Racional, Política e Simbólica.

No quinto e último capítulo são apresentadas as Considerações Finais relacionando a base teórica com os objetivos do estudo. São abordadas aqui as considerações finais no sentido de Responder ao Problema de Pesquisa e propor Sugestões de Pesquisas Futuras.

2 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

2.1 PROCESSO DECISÓRIO EM ORGANIZAÇÕES

O processo decisório deve ser entendido, conforme definido por Mintzberg e outros (1976, p.246), como um “conjunto de ações e fatores dinâmicos que começa com a identificação de um estímulo para a ação e culmina com um comprometimento específico para executar determinada ação”. O processo decisório é então originado a partir de um problema ou uma oportunidade e tem como resultado uma determinada decisão a ser implementada, a partir de uma sucessão de fases sequenciais e simultâneas (MINTZBERG *et al*, 1976).

Esse conjunto de ações (processo decisório) definido por Mintzberg e outros (1976) pode ser encontrado nos três níveis organizacionais, o estratégico, o tático e o operacional. Anthony (1965) destaca que no nível estratégico, o processo decisório tem como objetivo desenvolver estratégias para que a organização seja capaz de atingir seus macros objetivos e, se caracteriza pelo fato de que pode não ocorrer em períodos uniformes. No nível tático, o processo decisório está relacionado com a formulação de regras a serem aplicadas pelo nível operacional e, portanto, decidem sobre as operações de controle. Finalmente, no nível operacional, o processo decisório tem como objetivo assegurar que as atividades operacionais sejam bem desenvolvidas, por meio de decisões na sua maioria programadas, onde são definidos procedimentos e regras bem definidas, favorecendo assim o controle operacional.

O processo decisório então pode se apresentar de forma hierárquica distinta nestes níveis. Campos (1988) ressalta que as decisões tomadas no primeiro nível condicionam as decisões tomadas ao nível imediatamente inferior, ou seja, as decisões estratégicas determinam os objetivos da organização, seus propósitos e direção, e que são desdobradas nas decisões táticas (ou administrativas) que são de integração entre os níveis estratégico e operacional, geralmente tomadas pela gestão intermediária, e as decisões operacionais que se referem ao curso de operações diárias (ANSOFF, 1965; CAMPOS, 1988).

Ainda dentro das organizações, as decisões podem ser programadas e não programadas. As decisões programadas são tomadas a partir de ambientes de baixa incerteza e são tomadas a partir de procedimento e normas para sua execução e, portanto, são facilmente delegadas. As decisões não programadas são pouco estruturadas, não trazem regras para seguir e nem possuem um esquema específico para serem utilizados, sendo mais difíceis de serem delegadas (SIMON, 1977).

A partir das classificações de Anthony (1965) e a tipologia de Simon (1977) entende-se que as decisões estratégicas tendem a ser não programadas enquanto as decisões operacionais tendem a ser programadas. Sendo assim, existe a possibilidade de uma mesma organização se deparar com diversos tipos de decisões nos mais diferentes níveis organizacionais (SIMON, 1977).

Em termos evolutivos, na teoria científica da administração desenvolvida por Taylor (1995) e Fayol (1989), onde a racionalidade era predominante, a teoria da decisão tratava sobre a decisão tomada por indivíduos, sem levar em conta que papel eles ocupam no mercado. Seu caráter era mais prescritivo do que descritivo, adotava uma postura fundamentada na análise matemática e no raciocínio lógico, surgindo assim a denominação do “homem econômico”, que usava como lógica a racionalidade em busca de seus objetivos, geralmente voltados para o lucro. Após alguns anos foi percebida a necessidade de uma análise descritiva para entender como, e em que condições as pessoas tomam decisões racionais (ETZIONI, 1976; SIMON, 1977).

A economia desempenha um papel importante como fornecedora ao campo do processo decisório conceitos e técnicas básicas. A mais penetrante contribuição é um conjunto de pressupostos resumidos no tipo de homem econômico racional, onde a estratégia surge como produto de um único indivíduo agindo com perfeita racionalidade (WHITTINGTON, 2002). Este “homem econômico” era considerado como “perfeitamente informado” e apoiado na razão, até surgir a análise de Simon (1977), no final dos anos de 1950, com sua Teoria da Racionalidade Limitada, onde foi observado que dadas suas limitações cognitivas, o homem nunca está perfeitamente informado e, menos ainda, tem como avaliar a totalidade dos

desdobramentos de todas suas possíveis soluções a escolher, seja por falta de recursos, seja por falta de tempo (SIMON, 1977).

Simon (1977) a partir da Teoria da Racionalidade Limitada, que se preocupava em considerar a importância dos aspectos cognitivos envolvidos no processo decisório define a figura do “homem administrativo”.

Nós temos visto que a teoria clássica leva sempre às mesmas conclusões e que os princípios da racionalidade perfeita são contrários aos fatos que realmente ocorrem no processo real de tomada de decisão. Nós hoje entendemos muito do mecanismo de escolha racional humana. Nós sabemos como funciona o sistema de processamento de informações chamado homem, face à complexidade. Além de sua percepção, usa capacidade de processar informações para buscar alternativas, para calcular consequências, para resolver incertezas e, desse modo – algumas vezes, não sempre –, encontrar a maneira de ação que seja suficientemente satisfatória. (SIMON, 1979, p.500)

Este “homem administrativo” promovido por Simon (1979) em substituição ao “homem econômico” da teoria clássica, é limitado no conhecimento de todas as alternativas e incapaz de estabelecer critérios para aperfeiçoar suas decisões; por isso, procura tomar decisões que atendem aos padrões mínimos de satisfação e nunca de otimização. Em seu ponto de vista, Simon defende que uma alternativa só é ótima se: (1) existir um conjunto de critérios que permitem que todas as alternativas sejam comparadas e (2) a alternativa for escolhida segundo esses critérios. Por outro lado, uma alternativa é satisfatória quando: (1) existe um conjunto de critérios que descreve um mínimo de satisfação para as alternativas e (2) a alternativa escolhida satisfaz esses critérios (March e Simon, 1958).

Portanto, a decisão racional reduz-se a uma decisão ótima, ou seja, aquela possível a partir das informações disponíveis. Em contraponto a essa afirmativa entram dois conceitos de Simon (1977), sendo o primeiro relativo à noção de que a racionalidade está vinculada à quantidade e qualidade de informações de que dispõe, bem como aos critérios (muitas vezes pessoais) utilizados para se satisfazer suficientemente, ou seja, o alcance de sua racionalidade está seriamente e definitivamente limitado, o que anula a possibilidade de uma decisão perfeitamente informada e racional (SIMON, 1977).

A partir da Teoria da Racionalidade Limitada de Simon (1977), surgiram outras teorias que também abordam os aspectos cognitivos do processo decisório de forma a entender como o gestor toma as decisões. Neste sentido podem ser destacados os estudos interpretativos de Weick (1987) e os estudos sobre o conflito entre o racional e o emocional na forma de pensar do ser humano.

Uma organização pode ser compreendida como um sistema interpretativo, onde as organizações são vistas como contextos a serem construídos e reconstruídos e, portanto, o processo decisório considera a interpretação destes contextos por parte do gestor a partir de sua visão de mundo (DAFT; WEICK, 1984). Para Weick (1987), os indivíduos se organizam para reduzir as incertezas ambientais por meio do processamento de informações que procura reduzir a ambiguidade de informações recebidas. Assim a organização vai construindo a sua própria experiência de interpretação, que não é fixa, mas flexível e aberta à mudança e evolução (WEICK, 1987).

Em outro estudo mais recente, Kahneman (2012) trata do pensamento e do comportamento humano, a partir de uma perspectiva científica rigorosa, baseada em experimentos controlados, e focada em decisões, escolhas e julgamentos. Este autor analisa o processo de pensar, decidir e julgar e aponta dezenas de erros e desvios comuns nesses processos, usando a economia com a ciência cognitiva para explicar o comportamento aparentemente irracional da gestão do risco pelos seres humanos (KAHNEMAN, 2012).

Kahneman (2012) confronta o comportamento daqueles que agem segundo a teoria econômica e, por conseguinte racional, com aqueles que têm o seu comportamento definido por emoções. Para explicar este confronto, este autor faz uso de heurísticas e de vieses que condicionam nossa prática cotidiana. Finalmente, estabelece a existência de dois “eus”: o “eu” experiencial (aquele que vive a experiência) e o “eu” recordativo (que usa a lembrança) (KAHNEMAN, 2012).

Esses dois estudos – de Weick (1987) e Kahneman (2012) - reforçam as características da Teoria da Racionalidade Limitada de Simon (1977) que estabelece

que as decisões são tomadas sob diversas condições: de certeza, de incerteza e de risco. De uma forma mais prática, o objetivo do processo decisório pode ser considerado como ajudar o gestor a obter melhores resultados. Entretanto, nem sempre o que parece “uma boa decisão” vai garantir um “bom resultado”, mas geralmente existe a ideia de que a sofisticação dos processos de simulação, a partir do conhecimento do comportamento humano, tende a melhorar o processo decisório em muitas situações (BUCHANAN; O’CONNELL, 2006). A seguir, serão explorados os modelos de processos decisórios de forma a entender em que contexto podem se dar as decisões.

2.1.1 Modelos de Processos Decisórios

March (1978) divide os modelos de processos decisórios com base em duas abordagens: a abordagem prescritiva e a abordagem descritiva. A abordagem prescritiva tem como premissa de que a ação emana da razão e a abordagem descritiva pressupõe o entendimento da ação humana, por meio da premissa de que aquela ação faz sentido (MARCH, 1978).

Robbins (2000) argumenta que os modelos prescritivos ou normativos, que também são chamados de racionais, consistem numa série de seis passos: definição do problema, identificação dos critérios, geração de alternativas, classificação de alternativas frente aos critérios ponderados e cálculos da decisão ótima (ROBBINS, 2000). O autor ainda afirma que devido ao alto nível de racionalidade, o entendimento é de que se o gestor não seguir a regra pré-estabelecida a decisão não terá qualidade.

Já o modelo descritivo, que segundo Browne (1992) é baseado em observações do mundo real das organizações, permite a influência de valores, do meio, que influencia o comportamento do gestor (BROWNE 1992). Esse comportamento estabelece que as decisões sejam fundamentadas dentro de um princípio onde a racionalidade é limitada, ou seja, embora o homem, no contexto organizacional, seja pretensamente racional, suas ações são restringidas por

capacidades cognitivas limitadas e falta de informações completas (SIMON, 1977; MARCH, 1994).

No que diz respeito aos modelos de processos decisórios propostos por teóricos da Administração, destacam-se na abordagem prescritiva o modelo Racional (SIMON, 1977) e na abordagem descritiva, os modelos da Racionalidade Limitada (SIMON, 1977), Incremental (LINDBLOM, 1979), Desestruturado ou Processual (MINSTZBER *et al*, 1976), *Garbage Can* ou Lata de Lixo (COHEN, MARCH E OLSEN, 1972) e o Modelo Político (DAFT, 2005).

No modelo Racional, Simon (1977) apresenta como características, a concepção absoluta de racionalidade, o conhecimento das opções disponíveis e a escolha da opção ótima. Isso quer dizer, segundo Bazerman (2004), que os tomadores de decisão deveriam ser capazes de definir com perfeição o problema em situação de escolha, a fim de chegar ao melhor resultado possível em um processo decisório.

No entanto, Simon (1977) considera que este modelo racional possui limitações, pois não são consideradas as incertezas, a ambiguidade, os conflitos e os jogos de poder (SIMON, 1977). No modelo racional cria-se uma imagem de que o homem raciocina como uma calculadora, mas sabe-se que os seres humanos reais não tomam todas as decisões desta forma. Em vez disso, eles tendem a usar o que o autor chama de “racionalidade limitada” e regras empíricas chamadas heurísticas, e deixam que as tendências influenciem suas decisões (SIMON, 1970).

No modelo de racionalidade limitada de Simon as decisões são satisfatórias, mas não ótimas. A otimização das decisões é uma ficção, pois elas são limitadas ou influenciadas pelas limitações do ser humano em ter acesso e processar cognitivamente todas as opções, pela impossibilidade de obter todas as informações decorrentes de problemas de custo e tempo e pelas crenças, conflitos e jogos de poder que ocorrem dentro das organizações. A diferença é que na racionalidade limitada o foco está na limitação do processamento de informações relevantes para a tomada de decisão em si, enquanto na racionalidade do procedimento o foco recai

sobre os processos cognitivos pelos quais os agentes constroem (e descartam) as alternativas possíveis para tomada de decisões (SIMON, 1977).

Em resumo, dentro da Teoria da Racionalidade Limitada, o gestor deve se contentar em adquirir um número limitado de informações. Simon (1977) denomina este nível de informações de “nível satisfatório”, que possibilite a identificação dos problemas e algumas soluções alternativas, a partir de uma série de expectativas que o indivíduo faz, a partir de relações empíricas já conhecidas e sobre informações acerca da situação existente. (SIMON, 1979).

O Modelo Incremental proposto por Lindblom (1959) visualiza o processo decisório sob uma perspectiva política, com suas limitações e fragmentações. Esse modelo afasta-se radicalmente do modelo racional pois a escolha de uma decisão se faz sem especificação prévia de objetivos ou valores, discutem-se ações concretas, e cada um atribui às ações os fins e valores da forma como o percebe ou deseja. Neste sentido, sua implementação estará sujeita a todo tipo de interferência, posto que cada ator envolvido terá sua percepção do problema e de sua solução. (LINDBLOM, 1959).

Neste modelo, o critério de escolha de uma decisão relaciona-se com o grau de acordo que ela suscita, e não com sua contribuição à satisfação dos objetivos preexistentes. Sendo assim, o modelo incremental, como o próprio nome diz, envolve uma “política de pequenos passos”, sem as mudanças drásticas do modelo racional. Os tomadores de decisão procuram um resultado satisfatório, mais do que atingir situações ideais, e aceitam a possibilidade de revisão contínua das ações tomadas (PEREIRA *et al*, 2010).

Desta forma, entendeu Lindblom (1959) que, nestas circunstâncias, os decisores, por força de sua baixa capacidade cognitiva da situação, optam por reduzir drasticamente suas opções, de modo a poder fazer comparações rápidas e fáceis e decidir agilmente. A dualidade existente entre as decisões a partir de um planejamento centralizado e as decisões de marginais minimiza a importância das decisões fundamentais e supervaloriza as decisões de natureza incremental, podendo levar a organização a perder o foco de sua missão organizacional (LINDBLOM, 1959).

No modelo desestruturado o administrador tem pouco conhecimento do problema, das alternativas, e das possíveis soluções. Nesse modelo, Mintzberg e outros (1976) denominam as então conhecidas decisões não programadas ou decisões estratégicas desestruturadas, sendo este modelo entendido como dinâmico e com interferências (CORNÉLIO, 1999). Esse modelo é mais utilizado em níveis de incerteza alto, pois o processo decisório não é linear desenvolvendo-se de forma não previsível, quando as organizações encontram dificuldades reavaliam as alternativas e voltam atrás até que seja possível tomar a decisão final, fatores esses que o caracterizam como desestruturado, devido as constantes mudanças (RASKIN, 2006).

No modo processual, quando os objetivos são claros, mas os métodos e as técnicas para atingi-los são incertos, a necessidade de tomar uma decisão dá início a um processo marcado por muitas interrupções e repetições. Apesar disso, o processo revela uma linha geral de desenvolvimento, cujo início se dá com o reconhecimento e o diagnóstico do problema, prossegue com a análise das alternativas, por meio de buscas de soluções prontas ou da criação de soluções customizadas, e termina com a avaliação e seleção de uma alternativa que deve ser autorizada ou aprovada. (MINTZBERG *et al*, 1976).

No Modelo *Garbage Can* (COHEN *et al*, 1972), o problema da tomada de decisão é semelhante a uma enorme lata de lixo, na qual seus problemas a serem resolvidos são jogados. Segundo Cohen e outros (1972) este modelo é formado pelos seguintes elementos: Mecanismo de decisão (estrutura ou instância para tomar uma decisão), participantes (pessoas que fazem parte do mecanismo de decisão), propostas (problemas apresentados aos mecanismos de decisão) e soluções dos problemas: uma ou mais alternativas de decisão escolhidas para cada problema (COHEN *et al*, 1976).

Cohen e outros (1976) citam ainda que a dificuldade deste modelo decisório é decorrente da anarquia organizacional. Esta anarquia organizacional ocorre da falta de clareza para definir e solucionar um problema, a dificuldade em usar experiências anteriores, muitas condições impostas ao problema e participação irregular e

inadequada de pessoas, fazendo com que o nível de energia para a resolução do problema seja inadequado (COHEN *et al*, 1972).

No Modelo Político, Daft (2005) argumenta que as decisões geralmente não são programadas, pois as condições são incertas, a informação é limitada e não há acordo entre os gestores sobre as metas a serem perseguidas ou qual curso de ação tomar. Diante disso são formadas as alianças informais entre os gestores para apoiar uma determinada de decisão, ou interesses individuais podem prevalecer (DAFT, 2005).

Eisenhardt e Zbaracki (1992) concluíram que as organizações são sistemas políticos com gestores estratégicos, os quais têm conflitos parcialmente contraditórios e capacidade cognitiva limitada. No caso de organizações pluralistas (JARZABKOWISK; FENTON, 2006) tais conflitos no processo decisório se encontram ainda mais presentes, pois a organização sofre a influência de diversos *stakeholders*, internos e externos com grande representatividade em suas decisões.

Simon (1972), ainda esclarece que os executivos empregam grande parte do tempo estudando o ambiente econômico, técnico, político e social, procurando identificar condições novas que exijam novas ações. Então se pode encontrar presentes nos modelos de processo decisório os componentes racionais, políticos e simbólicos. Os componentes racionais apresentados por Simon (1977) estabelecem a busca pelas decisões ótimas a partir de normas e rotinas; os componentes políticos estabelecem que as decisões sejam tomadas por meio de coalizões e negociações , de acordo com os interesses dos grupos pertencentes a organização (DAFT, 2006) e os componentes simbólicos, estabelecem que as decisões são tomadas no sentido de agradar os *stakeholders*, com o objetivo de se criar uma imagem de organização eficiente (JARZABKOWISK; FENTON, 2006).

2.1.2 As Características do Processo Decisório nas Dimensões Racional, Política e Simbólica

O processo decisório apresenta várias características tais como a adoção de métodos de análise como apoio (CHANDLER, 1962; SLOAN, 1963, ANSOFF, 1965; KAPLAN E NORTON, 1997), a necessidade de negociação entre os envolvidos e o desafio de conciliação dos interesses internos (PFEFFER, 1994; PETTIGREW; 1977, BOLMAN; DEAL, 2003) e o fortalecimento da imagem institucional frente aos *stakeholders* (SCOTT, 1998; MEYER; ROWAN, 1977). Estas diferentes vertentes das características que compõe o processo decisório são apresentadas a seguir a partir de três dimensões aqui denominadas de Racional, Política e Simbólica.

2.1.2.1 Dimensão Racional

O processo decisório, na perspectiva da dimensão racional tem o objetivo de maximizar os resultados, principalmente os financeiros, a partir de cálculos e análises deliberadas (ANSOFF, 1965; PORTER; 1985). O apego a análise racional, o distanciamento entre a concepção e a execução e a maximização dos lucros, são apresentadas como algumas das principais características da dimensão racional presentes no processo decisório (CHANDLER, 1962; SLOAN, 1963; ANSOFF, 1965).

Outra característica importante do processo decisório ainda dentro da ótica racional, é o sentido do fluxo da decisão. Nesta ótica, o processo se dá em um único sentido, topo-base, com ênfase no longo prazo e de concepção explícita e deliberada das metas, não havendo, portanto, a participação de outros atores organizacionais na elaboração da decisão. Como consequência a elaboração e o controle da estratégia ficaram sob a responsabilidade das funções executivas e a implementação, sob a responsabilidade dos cargos táticos, afastando, portanto, a estratégia da execução (CHANDLER, 1962).

A orientação principal do processo decisório na ótica racional é o lucro (SLOAN, 1963). Para que esta orientação possa ser seguida, são desenvolvidos uma série de

métodos, a partir do uso do raciocínio lógico na busca de uma relação clara de causa e efeito, para qual se define objetivos, metas (neste caso a lucratividade) e, como consequência, desenvolvem-se ações para a busca de uma solução considerada ótima (SLOAN, 1963, WHITTINGTON, 2002, MEYER, 2005).

Sendo assim, pode-se descrever que as características da dimensão racional se originaram das teorias normativas econômico-matemáticas (KEENEY; RAIFFA, 1976). O gestor ou os gestores responsáveis pelo processo decisório caracterizam-se por sua racionalidade e coerência, como se fossem uma supermáquina calculadora capaz de processar todas as informações disponíveis, o que nem sempre é verdade (STONER; FREEMAN, 1999).

No entanto, os seres humanos não tomam decisões desta forma. March e Simon (1979) afirmam que esta racionalidade objetiva não corresponde à realidade das organizações. Os autores chamam atenção para a limitação cognitiva do ser humano frente à problemas com alto grau de dificuldade, surgindo a ideia de “racionalidade limitada”, onde os gestores não são capazes de analisar todas as variáveis disponíveis, limitando-se assim na busca se soluções satisfatórias. (SIMON, 1977; MARCH; SIMON, 1978).

2.1.2.2 Dimensão Política

Simon (1979, p.20) explica que: “[...] o objetivo da organização é, indiretamente, um objetivo pessoal de todos os seus participantes”. É notório que os objetivos estão relacionados ao interesse dos participantes envolvidos (MEYER, 2005). Entretanto, deve-se considerar o peso de cada participante frente aos objetivos estabelecidos pela organização, este é um diferencial relevante no processo decisório, geralmente esse poder de decisão se concentra nas mãos de diferentes grupos de interesse.

É bem reconhecido que as organizações são compostas por indivíduos que se esforçam para buscar seus próprios interesses, que em muitas das vezes são conflitantes. Desta forma a tomada de decisão pode ser interpretada como um

processo político (CLEGG 1989; PETRIGREW 1973). Portanto Deal e Wiske (1983), ao analisarem a dimensão política afirmam que o enfoque não está nos objetivos e resultados da organização, mas sim, o processo político frente aos interesses competitivos dos diferentes indivíduos e grupos de interesses, e ainda, a agenda política com assuntos prioritários para o gerenciamento da organização em sua tomada de decisões.

Na dimensão política as decisões são resultantes de negociações e de compromissos assumidos dentro do contexto organizacional. O gestor barganha com os indivíduos e grupos de interesse que exercem grande influência no processo decisório, gerando decisões que nem sempre estão alinhadas com a missão organizacional (MEYER, 2005).

Lindblom (1981) segue uma abordagem de cunho político da decisão ao afirmar que processo decisório é extremamente complexo, sem princípio nem fim, com limites que são incertos. O autor complementa que o processo decisório na dimensão política “[...] produz acordos, conciliações e ajustes, cuja avaliação com vistas à equidade, aceitabilidade, possibilidade de reexame e atendimento à variedade dos interesses em jogo é sempre inconclusiva” (LINDBLON, 1981, p.110).

2.1.2.3 Dimensão Simbólica

Meyer e Rowan (1977, p.340) afirmam que “Produtos, serviços, técnicas, políticas e programas funcionam como mitos poderosos, e muitas organizações os adotam cerimonialmente”. As redes organizacionais influenciam o desenvolvimento de estruturas que visam coordenar e controlar as atividades voltadas à eficiência, de modo que as interconexões sociais e a liderança de organizações prestigiadas contribuem para a criação de um contexto altamente institucionalizado onde as atividades aceitáveis obtêm legitimidade, estabilidade e recursos. É neste complexo ambiente que os mitos são desenvolvidos (MEYER; ROWAN, 1977).

A necessidade de sobrevivência organizacional faz com que organizações adotem mitos institucionais a fim de manterem conformidade com os padrões institucionalizados na sociedade (MEYER; ROWAN, 1977). Sendo assim, a análise do cerimonialismo enaltece a preocupação das organizações com a eficiência bem como a dimensão racional e legitimidade institucional.

Nesse sentido, a adoção de modelos gerenciais consolidados no meio empresarial é realizada em função da atribuição de legitimidade a estes modelos. A legitimidade, de acordo com Suchman (1995, p. 574), consiste na “percepção ou pressuposto generalizado de que ações de uma determinada entidade são desejáveis, adequadas e apropriadas num sistema de normas, valores, crenças e definições socialmente construídas”, ou seja, é a percepção ou suposição por representar uma resposta da maneira com que observadores veem a organização.

Pfeffer (1994) lembra que a organização é constituída essencialmente por pessoas, assim, sentimentos humanos estão presentes em toda a organização, inclusive frente a decisões e ações. Para o autor, a dimensão simbólica se fundamenta na ilusão de que, usando a linguagem e cerimônias para despertar as emoções. Sendo assim, os mitos, valores e expectativas possuem mais relevância do que os resultados reais (MEYER, 2005).

2.2 MÉTODOS DE GESTÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DECISÓRIO ESTRATÉGICO

O controle estratégico envolve monitorar até que ponto as decisões estratégicas estão atingindo os objetivos e sugerir ações corretivas (ou reconsiderar as decisões) (JOHNSON; SCHOLLES; WHITTINGTON, 2007). Portanto, os controles são criados para apoiar a organização na sua gestão estratégica, através do acompanhamento da execução, identificando os processos críticos e os desvios, que dificultem ou inviabilizem a realização dos planos, além de dar suporte ao aprendizado e desenvolvimento da empresa e a sua maior importância está em descobrir as causas

que provocam os desvios, proporcionando novas ações. O controle, “[...] pode ser visto como um esforço para determinar, através do uso de *feedback*, se o sistema está fazendo o que é suposto para ser feito, ou seja, atingir os objetivos” (MCDANIEL, 2007, p.27).

Nessa mesma perspectiva, Müller (2003) entende como necessário o desenvolvimento de um modelo de gestão que possibilite o monitoramento das ações operacionais e que tenha como referência um sistema de indicadores de desempenho convergente para os objetivos estratégicos da organização. O modelo de gestão deveria assegurar a integração entre as partes (estratégia, processos e indicadores). Assim, a falta de aderência de uma dessas partes pode comprometer as demais, com implicações negativas para o futuro da organização (GUEDES *et al*; PASSOS; SAMPAIO, p. 418).

Portanto, o controle estratégico tem como elemento importante o sistema de indicadores. Berliner e Brimson (1992) lembram que a medição de desempenho é um fator chave para assegurar a implantação do plano estratégico da organização apoiando assim o processo decisório. Esses sistemas de medição de desempenho vêm recebendo maior relevância no contexto da gestão por se propor a preencher a lacuna identificada entre as definições estratégicas e a gestão operacional das empresas. Sink e Tuttle (1993) reforçam o problema dizendo que geralmente existe muito pouca correspondência entre a estratégia e aquilo que é medido dois ou três níveis abaixo na organização. A preocupação dos autores reside no fato dos mesmos considerarem a orientação estratégica, em todos os níveis organizacionais, indispensável ao êxito.

Segundo Simon (2000), os indicadores de desempenho monitorados em uma organização devem apresentar três características basilares: (a) estar alinhados com a estratégia global; (b) apresentar a possibilidade de serem objetivamente medidos; e (c) estar ligados à geração de valor para o negócio. Para o autor, a competitividade de uma organização estaria diretamente relacionada ao alinhamento de seu sistema de controle de gestão com a estratégia da organização.

Gonçalves (2002) destaca que a capacidade de aplicar, de maneira efetiva, seus indicadores para a medição de seu desempenho, permite a avaliação contínua da eficiência de seus processos, pessoas e estratégia, características essenciais de uma organização. Neely e outros (1996) conceituam o indicador de desempenho como sendo um meio para a organização quantificar a eficiência e/ou a eficácia de uma tomada de decisão e permite, portanto, que as organizações saibam o que estão fazendo e quais são os resultados de suas ações. Neste contexto, as metodologias de avaliação de desempenho constituem importante ferramenta para o acompanhamento do desenvolvimento e da evolução da organização.

Sabe-se que o principal objetivo das instituições com fins lucrativos, é aumentar a lucratividade. O que as motiva a criar estratégias diferenciadas e táticas criativas são únicas para todas, ou seja, os resultados financeiros. Sendo assim processo de desenvolvimento de estratégia, muitas vezes se concentram demais em meticulosamente cálculo dos resultados financeiros futuros, em vez de planejamento para a criação de valor, no entanto a análise e exclusiva de indicadores financeiros na avaliação de desempenho não garante a eficácia da avaliação já que muitos outros fatores afetam os resultados das organizações (GRIGORI; BAGU; RADU, 2000).

Nesse sentido, metodologias de desdobramento e implementação também são utilizadas, pela necessidade de materialização das intenções organizacionais. A implementação de estratégias já era vista, há muito, como fator decisivo para o sucesso organizacional (COSTA, 2003). Fernandes (2003) cita o uso de métodos de controle e implementação desde o fim do século XIX: o *Tableau de Bord* na França, em fins do século XIX e início do século XX; o *Management by Objectives* (MBO) ou Gerenciamento por Objetivos, enunciado por Peter Drucker em 1955 e o Gerenciamento pelas Diretrizes (*Hoshin Kanri*), surgido no Japão no início da década de 1960. Müller (2003) acrescenta ainda o modelo *Economic Value Added* (EVA) – alterando o foco de avaliação contábil para uma visão mais econômica, objetivando a riqueza incremental dos acionistas. Soma-se a estes modelos o *BSC*, desenvolvido por Robert Kaplan e David Norton, enunciado no início da década de 1990.

O *Tableau de Bord*, assim como o BSC, possui uma estrutura de causa e efeito orientada pela filosofia da organização – visão e missão. Mas o método, mesmo apresentando medidas não- financeiras, priorizava os números financeiros em detrimento dos demais. No Gerenciamento pelas Diretrizes há o emprego do Planejamento Estratégico até a etapa de definição das diretrizes e metas anuais da empresa, procurando-se alinhar as atividades das pessoas à organização, de forma que esta atinja seus objetivos e reaja às mudanças.

Assim como o MBO, o Gerenciamento pelas Diretrizes desdobra os objetivos globais em individuais, para que as pessoas busquem atingi-los. Mas no Gerenciamento por Diretrizes há um foco no processo, não nos resultados. O gerenciamento é orientado para os processos como meio de produzir resultados, sendo alterado até que os resultados desejados sejam alcançados. Além de expressar apenas relações lineares e estáticas entre causa e efeito. Seu emprego tem como premissa que cada efeito é isolado um do outro, ou seja, que o efeito de uma causa não realimenta outros efeitos.

Já o BSC é um modelo que se propõe a auxiliar as organizações a traduzir a estratégia em objetivos operacionais, que direcionam os comportamentos e o desempenho (KAPLAN; NORTON, 1997). Os autores buscam nesta metodologia mostrar os benefícios específicos de se medir o desempenho a melhora do alinhamento e foco com a estratégia, a melhora da comunicação, o aumento da eficiência da organização e a redução do risco da estratégia.

No ambiente atual, falar sobre desempenho organizacional não se restringe a avaliar os tradicionais indicadores financeiros da empresa (SCHNEIDER; NETO, 2006). Se, de um lado, medidas usualmente financeiras propiciam fundamentação de comparações e fácil entendimento, por outro lado, pode-se argumentar que muitos aspectos diferentes influenciam o desempenho. Muitas variáveis presentes no contexto das organizações fazem com que as decisões vão além do enfoque financeiro (SANDEL, 2015).

2.2.1 Managerialismo

O conceito de managerialismo refere-se à incorporação de modelos empresariais de gestão com o propósito melhorar o desempenho organizacional. (MEYER *et al*, 2012). Tem como essência a profissionalização da gestão onde é privilegiada a importância dos resultados por meio da criação de medidas de desempenho com abordagens disseminadas pelas escolas de administração que devem envolver, além dos conhecimentos técnicos, o desenvolvimento da consciência de que gestão não é sobre técnicas neutras, mas sobre valores (PETERS; WATERMAN, 1982; PARKER, 2002; GREY, 2004).

Stacey (2010) relaciona a noção de administração como uma ciência ensinada nas escolas de administração com base em técnicas racionais analíticas, necessárias para a maximização de lucros das empresas como sendo managerialismo. Isto implica, segundo o mesmo autor, que este tipo de ciência pode não só ser ensinada, mas também aplicada em todos os tipos de organização. Neste sentido, os “gestores são guardiões dos recursos pertencentes a sociedade e que agem em nome de todos os *stakeholders*” (STACEY, 2010, p. 45).

Entretanto tais metodologias de gestão ensinadas nas escolas de administração ao se proporem a melhorar o desempenho das organizações, podem gerar assim a ilusão de que o gestor tem controle absoluto sobre a mesma. Contudo, quando tais metodologias são aplicadas na prática, se deparam com situações que não foram previstas na teoria, geralmente mais complexas e imprevisíveis, que se desenvolvem à medida que decisões são tomadas, gerando resultados diferentes do previsto (GREY, 2004).

Olden e Smith (2008) reforçam que muitas organizações ao adotarem modelos e abordagens gerenciais oriundas do setor empresarial, o fazem com ênfase no retorno financeiro. Os autores, no entanto, ressaltam que a incorporação dessas abordagens gerenciais ocorre em detrimento do que é a essência da organização (OLDEN; SMITH, 2008).

Como citado anteriormente, Meyer e outros (2012), faz referência ao *managerialism* como sendo a incorporação destes modelos de gestão empresarial nas práticas gerenciais por qualquer tipo de empresa, mesmo as que não pertencem ao setor industrial. Sendo assim, organizações como os hospitais também têm novas abordagens e metodologias implementadas para avaliação do desempenho organizacional, incluindo o BSC. Esse método tem sido amplamente adotado e agora é padrão no setor hospitalar (OLDEN; SMITH, 2008).

A adoção do BSC geralmente se dá em resposta a um cenário no qual a organização está inserida, o que demonstra a influência do ambiente sobre as decisões da organização, notadamente dos ambientes técnico e institucional (ALMEIDA, 2013). Almeida (2013) descreve ainda que é observado no Brasil um “modismo gerencial” quanto à utilização do BSC, explicado pelo fato de estruturas organizacionais formais se desenvolverem diante de um contexto altamente institucionalizado. A busca pela legitimidade explica o motivo de se encontrar práticas organizacionais semelhantes ao longo de períodos históricos, destes chamados “modismos gerenciais” (ALMEIDA, 2013).

2.2.2 BSC como Metodologia de Gestão

Olve, Roy e Wetter (2001) definem o BSC como elemento de um sistema relacionado com o controle estratégico e resposta às críticas que são dirigidas ao gerenciamento que foca a utilização de medidas estritamente financeiras, uma vez que estas expressam resultados de eventos que já ocorreram e sobre os quais as ações já não surtem efeito. De acordo com Picoli, Abib e Fonseca (2012), o BSC foi considerado apropriado e aceito tanto no ambiente empresarial quanto no ambiente acadêmico, oportunidade em que se pode verificar a união entre teoria e prática. Desde então, pesquisas e publicações inerentes a este tema se estenderam, tendo sido verificadas produções sobre esta metodologia relacionadas às áreas de Administração, Economia e Ciências Contábeis.

O BSC é um modelo de gestão que considera medidas de desempenho não somente financeiras, mas também não financeiras, oriundos da estratégia da organização. Propõe-se a comunicar a visão e a estratégia por meio de indicadores de desempenho originários de objetivos estratégicos e metas que interagem em meio a uma estrutura lógica de causa e efeito (KAPLAN; NORTON, 1997).

No BSC a comunicação se dá por meio de sua estrutura lógica, baseada no gerenciamento das metas estabelecidas – seu alcance ou não –, possibilitando aos gestores realocar recursos físicos, financeiros e humanos para que possam alcançar os objetivos estratégicos. Mais que um sistema de mensuração de desempenho, o BSC tem como proposta ser um tradutor da estratégia e comunicador do desempenho (KAPLAN; NORTON, 1997).

O BSC foi desenvolvido inicialmente como um sistema de mensuração de desempenho e depois alterado para um sistema de gestão estratégica (KALLÁS, 2003). A utilização de medidas de desempenho serve para apontar práticas para sua melhoria, de modo a encontrar causas e condições em que ocorrem as mudanças, com vistas a estimular e concentrar esforços para monitorar padrões e tendências, dentre outros benefícios.

Attadia, Canevarolo e Martins (2003) estabelecem uma análise crítica do BSC baseada em três fatores para a avaliação: conceitual, estrutural e gerencial.

A crítica no **nível conceitual** está centrada no fato de que o BSC foi concebido a partir de um contexto prescritivo o que o limitou enquanto sistema de gestão de desempenho, pois não considera o empreendedorismo, a influência da cultura, a liderança, o poder etc. Sob o **nível estrutural** recai a crítica de que são encontradas falhas em sua configuração como perspectivas, balanceamento de medidas de desempenho, relações causa-efeito e mapa estratégico, por exemplo. No **nível gerencial**, a implantação efetiva do BSC esbarra em itens como a tradução da visão (considerando ser uma ferramenta para implantação e não para formulação), o desdobramento vertical e horizontal da estratégia (em seus aspectos comunicativos e de ligação), falta orientação quanto à integração do BSC ao orçamento etc. No entanto, mesmo com as críticas propostas pelos autores, é válido ressaltar que o BSC utiliza medidas balanceadas e integradas para o monitoramento do alcance dos objetivos estratégicos traçados pela organização (ATTADIA; CANEVAROLO; MARTINS, 2003, pp.4-6, grifo nosso).

Corrêa (2005, p. 122) discorre sobre a necessidade de reformulações no modelo padrão do BSC, para que possa viabilizar no sentido mais amplo, o alcance de seus propósitos. A autora aponta o ambiente organizacional como um sistema complexo, resultando, assim, no estabelecimento impreciso das relações de causa e efeito. Sendo assim, o modelo do BSC, assim como qualquer outro, não deve ser considerado hegemônico, constituindo-se como uma alternativa frente a outros modelos de avaliação de desempenho que também começam a se consolidar no meio empresarial. O que parece ser definitivo é a necessidade de adequação dos atuais sistemas de medição de desempenho para que possam apoiar o processo decisório (MÜLLER, 2003).

2.3 PROCESSO DECISÓRIO ESTRATÉGICO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a organização hospitalar como sendo “um componente importante do sistema de saúde. São instituições de saúde que dispõem de pessoal médico e outros profissionais organizados e instalações para a admissão de pacientes, e que oferecem serviços médicos, de enfermagem e afins, durante 24 horas por dia, 7 dias por semana” (OMS, 2015, online, tradução nossa). Ainda segundo Almeida, o hospital pode ser definido como:

Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada o técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados; os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins (ALMEIDA, 1983, p.205).

Sendo assim os hospitais são as engrenagens principais do sistema de prestação de serviços de saúde, pois são responsáveis por todas as internações, além de oferecerem uma ampla gama de atendimentos ambulatoriais assumindo assim, uma importância vital no sistema de saúde (LEMOS; ROCHA, 2011).

Os hospitais estão inseridos em um cenário onde Vencina Neto e Malik (2007) apresentam os seguintes: Demografia, perfil epidemiológico, tecnologia, medicalização, custo, papel do cidadão, legislação, hospitalocentrismo e regionalização, equidade, oferta de leitos e fracionamento dos cuidados. Diante deste cenário, processo decisório torna-se cada vez mais importante, pois há a necessidade de se compatibilizar os interesses da organização com os interesses de grupos de profissionais, notadamente o corpo clínico (MINTZBERG, 2007).

Sendo assim, para Etzioni (1964), a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia. Essa autonomia faz com que o poder dentro deste tipo de organização seja compartilhado, ocasionado assim a ambiguidade no processo decisório. Este é um dos fatores que caracterizam a complexidade das organizações hospitalares (PASCUCCI, 2011).

A organização hospitalar é caracterizada por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, de acordo com Mintzberg (1995), na qual os membros do corpo clínico concentram o poder na organização. Isto lhe confere autonomia e independência da gerência estratégica, pois suas habilidades profissionais são definidas fora da organização. Tal condição enfraquece a vinculação com a organização e confere dificuldades adicionais como alta resistência às mudanças (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

Pascucci e Meyer (2013) ressaltam que as organizações hospitalares possuem características diferentes das organizações tradicionais ou o que Mintzberg (2007) denominou de Burocracia Mecanizada. Os objetivos conflituosos decorrentes dos interesses divergentes de grupos que pertencem à base de poder fazem com que conseguir a integração destes objetivos, antes mesmo de se definir a estratégia, tornam-se um grande desafio (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Para entender melhor o processo decisório nas organizações hospitalares, encontramos dois sistemas de autoridade. De um lado, a autoridade do tipo legal-formal, topo-base, que permite explicar parte do funcionamento do hospital e do outro,

a autoridade dos médicos que resultaria em fluxos de autoridade transversalizados que cruzam em todas as direções e sentidos, a vida da organização. Essa transversalização da autoridade médica e os fortes componentes de autonomia, ainda presentes em sua prática cotidiana, são o ponto de partida para a discussão da singularidade das organizações hospitalares (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Desta forma, o processo decisório é de vital importância nas organizações em geral e em especial nos hospitais. A estrutura organizacional reconhecidamente complexa contempla uma gama de profissionais e recursos tecnológicos avançados, conciliando interesses empresariais, sem se distanciar dos seus princípios éticos e legais (LEMOS; ROCHA, 2011). No entanto, os resultados do processo decisório são mais lentos uma vez que, segundo Weick (1976), as decisões são afetadas consideravelmente por aspectos políticos, onde os agentes envolvidos buscam manter a sua identidade.

Diante deste modelo decisório baseado nos dois tipos de autoridades e das características não tradicionais citadas anteriormente, os hospitais têm adotado novas abordagens e ferramentas para avaliação do desempenho organizacional, incluindo o BSC. Esse método tem sido amplamente adotado e agora é padrão no setor hospitalar (OLDEN; SMITH, 2008). Tal constatação, portanto, vai requerer dos gestores uma combinação de conhecimentos, habilidade e atitudes que serão necessárias para conduzir o processo decisório destas organizações. (PASCUCI; MEYER, 2013).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentadas as escolhas metodológicas utilizadas no desenvolvimento da pesquisa.

3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

3.1.1 Perguntas de Pesquisa

Com base nos objetivos específicos, foram estabelecidas as seguintes questões que orientam essa pesquisa:

- a) Como pode ser descrito o processo decisório de uma organização hospitalar privada, no período de 2010 ao primeiro semestre de 2016?
- b) Quais as características da adoção do BSC na organização estudada?
- c) Quais são as características da adoção do BSC no processo decisório sob a ótica das dimensões racional, política e simbólica?
- d) Como as informações decorrentes da adoção do BSC são utilizadas no apoio à tomada de decisão, no nível estratégico, na organização hospitalar analisada?

3.1.2 Definição das Categorias Analíticas ou Variáveis

Neste item estão apresentadas as categorias analíticas que compõe o estudo. O Quadro 1 apresenta as definições de cada uma delas, suas palavras-chave e principais fontes adotadas. Tais definições orientarão a pesquisa empírica.

Quadro 1 - Categorias Analíticas do Estudo

(continua)

Termo	Conceito	Principais autores	Palavras-chave	Método
Processo decisório estratégico	Neste estudo o processo decisório é entendido como o “conjunto de ações e fatores dinâmicos que começa com a identificação de um estímulo para a ação e culmina com um comprometimento específico para executar determinada ação” (MINTZBERG <i>et al</i> , 1976, p.246)	MINTZBERG <i>et al</i> , 1976 SIMON, 1977 WEICK, 1976	- Formulação da estratégia - Decisões programadas e não programadas	- Entrevistas; - Análise documental; - Questionário - Observação não participante
Balanced Scorecard	O BSC é um modelo de gestão que considera medidas de desempenho não somente financeiras, mas também não financeiras, oriundos da estratégia da organização. Propõe-se a comunicar a visão e a estratégia por meio de indicadores de desempenho originários de objetivos estratégicos e metas que interagem em meio a uma estrutura lógica de causa e efeito (KAPLAN; NORTON, 1997).	KAPLAN; NORTON, 1997 KAPLAN; NORTON, 2001	- Alinhamento dos Indicadores à Estratégia - Comunicação da estratégia dentro da organização - Uso de indicadores como forma de monitoramento da estratégia	- Entrevistas; - Análise documental - Questionário.

(conclusão)

Termo	Conceito	Principais autores	Palavras-chave	Método
Dimensão racional	O processo decisório, na perspectiva da dimensão racional tem o objetivo de maximizar os resultados, principalmente os financeiros, a partir de cálculos e análises deliberadas (ANSOFF, 1965; PORTER, 1985).	CHANDLER, 1962 ANSOFF, 1965 SLOAN, 1963 PORTER, 1985	- Metas e objetivos claros - Uso de indicadores no processo decisório - Integração entre Plano Estratégico e BSC - Uso do BSC como medida quantitativa para a tomada de decisão	- Entrevistas; - Análise documental; - Questionário - Observação não participante.
Dimensão política	A dimensão política refere-se ao entendimento das organizações como compostas por indivíduos que se esforçam para buscar interesses próprios, muitas das vezes conflitantes, desta forma a tomada de decisão pode ser interpretada como um processo político (CLEGG 1989; PETRIGREW 1973)	CLEGG, 1989 MORGAN, 2006 PETTIGREW, 1977 BOLMAN E DEAL, 2003	- Negociações - Coalizões internas - Decisões baseadas em interesses individuais ou grupais	- Entrevistas; - Questionário - Observação não participante
Dimensão simbólica	A dimensão simbólica se apresenta a partir da necessidade de sobrevivência organizacional que faz com que organizações adotem mitos institucionais a fim de manterem conformidade com os padrões institucionalizados na sociedade. Sendo assim, a análise do cerimonialismo enaltece a preocupação das organizações com a eficiência e legitimidade institucional (MEYER; ROWAN, 1977).	MEYER; ROWAN, 1977 SCOTT, 1998 PFEFFER, 1994	- Busca por legitimidade - Decisões voltadas ao fortalecimento da imagem institucional - Preocupação com a percepção dos <i>stakeholders</i>	- Entrevistas; - Questionário - Observação não participante

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.1.3 Definição de Outros Termos Relevantes

Neste item estão apresentados os termos relevantes para a pesquisa. O Quadro 2 apresenta as definições de cada um deles. Estes termos foram escolhidos por serem relevantes para a pesquisa. A escolha destes termos foi pautada por sua relevância para a compreensão da lógica do estudo.

Quadro 2 - Outros termos relevantes

Termo	Conceito	Principais autores	Palavras-chave	Método
Organização Hospitalar COMO SISTEMA COMPLEXO	A organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, sendo, caracterizada por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural (ETZIONI, 1976; MINTZBERG, 1995)	MINTZBERG, 1995 ETZIONI, 1964	- Burocracia profissional - Processo decisório - Organização complexa	- Entrevistas; - Análise documental; - Observação não participante
<i>Managerialism</i>	O conceito de <i>Managerialism</i> está relacionado à noção de administração como uma ciência ensinada nas escolas de administração com base em técnicas racionais analíticas necessárias para a maximização de lucros das empresas e que tendem a ser aplicadas em qualquer modelo organizacional (STACEY, 2010, p. 45).	STACEY, 2010 MEYER e MEYER, 2013 MEYER e LOPES, 2008	- BSC como modelo importado do mercado, sem os devidos ajustes ao contexto hospitalar	- Entrevistas; - Análise documental.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.2 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA

Este tópico é dedicado a apresentação detalhada do desenho da pesquisa, considerando as etapas de pesquisa, o delineamento do estudo, a perspectiva temporal, o nível e a unidade de análise, os procedimentos de coleta e análise dos dados e, ainda, as características da organização pesquisada.

3.2.1 Delineamento e Etapas da Pesquisa

Os procedimentos metodológicos aplicados ao longo da pesquisa foram de cunho qualitativo (RICHARDSON, 1999; VIEIRA, 2006; MILES; HUBERMAN, 1994). A pesquisa de natureza qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de compreensão detalhada dos significados e características apresentadas, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou de comportamentos (RICHARDSON, 1999). Richardson (1999) afirma ainda que este método de investigação possibilita uma aproximação de uma gama de informações que estão explícitas ou encobertas na vida cotidiana das pessoas, permitindo o pesquisador se aprofundar no mundo subjetivo das ações humanas e nos aspectos não perceptíveis ou captados por medidas e equações estatísticas e geralmente oferece descrições ricas e bem fundamentadas, além de explicações sobre processos em contextos locais identificáveis (VIEIRA, 2006)

A pesquisa descritiva tem como objetivo também “[...] apresentar precisamente as características de uma situação [...] verificar a frequência com que algo ocorre ou com que está ligada a alguma outra coisa” (SELLTIZ *et al.* 1975, p.59). A pesquisa descritiva “pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação” (VERGARA, 2000, p.47).

O método assumido na pesquisa foi o de estudo de caso (YIN, 1987; YIN, 2005; STAKE, 2005) como meio de investigação. Trata-se de uma abordagem metodológica de investigação que busca compreender, explorar ou descrever eventos e contextos

nos quais estão, simultaneamente, envolvidos diversos fatores (YIN, 2005). O estudo de caso consiste em investigar o fenômeno em seu contexto real, pois o contato do pesquisador com os eventos e as situações investigadas permite melhor atentar a interpretações, a inter-relações e a outros aspectos subjetivos sem desvinculá-los do contexto e das circunstâncias especiais em que se manifestam (STAKE, 2005).

Ainda nessa mesma perspectiva, Yin (1987, p. 23), define estudo de caso como uma [...] pesquisa empírica que estuda um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente evidentes e no qual várias fontes de evidências são utilizadas”. Assim, este método foi considerado apropriado para a melhor compreensão do estudo proposto de se entender como ocorre o processo decisório em uma organização hospitalar, sob a ótica das dimensões racional, política e simbólica.

O foco da pesquisa foi uma organização hospitalar de natureza privada localizada na Região da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo, que tem como visão ser o maior centro de alta complexidade do estado do Espírito Santo. Para preservar o anonimato da organização estudada o hospital foi denominado ao longo deste estudo por Hospital Grande Vitória (HGV).

O nível de análise foi o organizacional e a unidade de análise foi o processo decisório e a adoção do BSC como modelo de suporte à decisão. O estudo apresenta corte temporal do tipo transversal, uma vez que o estudo se concentra no período em um determinado momento no tempo. O período considerado foi entre os anos de 2010 a 2016 (considerando o ano de 2016 até o mês de junho). A perspectiva deste corte transversal se deve ao fato de que nesse período é que o atual modelo adotado do BSC está em vigência.

3.2.2 Organização Pesquisada

O Hospital HGV foi constituído em 1994, por meio da associação de onze médicos que se reuniram com um sonho de fundar um Hospital para atender a região sul da Grande Vitória, região carente de serviços médico-hospitalares. Foi constituída então a pessoa jurídica do HGV. Oito destes médicos já atuavam em um hospital na mesma região, porém, já vislumbravam a necessidade de oferecer um serviço diferenciado e que pudesse ser reconhecido como sendo de qualidade.

A pretensão era de fundar um hospital com a estrutura condizente com a região, portanto, o projeto inicial constituía-se de um hospital com aproximadamente 50 leitos e serviços básicos. Idealizado no papel, o grupo passa a colocar o projeto em prática e em dezembro de 1994, compram um terreno de 4.000 m² para o início das obras, que começariam em agosto de 1997 e durariam cerca de 40 meses.

O processo de construção do HGV teve início em agosto de 1997 e até meados de 1999 foi todo realizado com recursos próprios, advindos da capitalização dos sócios. Ainda em 1999, a área física começou a ser ocupada e com 70 % da obra pronta, o HGV foi inaugurado em março de 2001, com 120 leitos, com a missão institucional de ***Prover saúde e bem-estar através da prestação de serviços médico hospitalares humanizados e qualificados, com infraestrutura e tecnologia adequada.***

Aproveitando uma lacuna existente no segmento hospitalar do estado do ES, que só oferecia serviços básicos, o HGV fez uma opção arrojada e muda a sua visão de futuro, que antes era de constituir um hospital para atender as necessidades da região Grande Vitória, para **Ser referência nacional em procedimentos de alta complexidade, com foco na qualidade, resolutividade e inovação.** Com isso, o hospital passou a ter nova configuração, marcada por uma série de novos serviços tais como transplantes, atendimento a pacientes críticos neurológicos e o atendimento mais intensamente na oncologia (quimioterapia), todos voltados para procedimentos de alta complexidade.

A caracterização do HGV encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3 - Características do Hospital HGV

Característica	Dados Referentes a 2015
Leitos	164
Leitos UTI	60
Internações	6.960
Salas Cirúrgicas	6
Cirurgias	8.377
Atendimento P.S.	93.048
Funcionários	1.062
Área Construída (m²)	14.783
Médicos Ativos	517
Acreditação	ONA Nível 3 e Acreditação Canadense
Integrante da ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Particulares	

Fonte: Gerência de Gestão da Qualidade. Elaborado pelo autor

Seu primeiro plano estratégico data de 2005, que viria a ser reelaborado em 2010, já adotando o BSC. Posteriormente foi revisitado em 2013. O posicionamento estratégico adotado pelo HGV é baseado em dois pilares: Aumento do número de leitos por meio da ampliação dos serviços e a alta complexidade. Com base nestes pilares foi elaborada em 2005 a primeira versão do Plano Estratégico. Em 2010, o Plano Estratégico foi reelaborado de acordo com o modelo estabelecido pela consultoria da empresa Dom Cabral, por meio do Programa PAEX (Parceiros pela Excelência), envolvendo várias empresas de segmentos diferentes. Como a metodologia não atendeu as particularidades do segmento hospitalar e o sistema de informações utilizado à época não possibilitavam inserir dados relativos às características do HGV, decidiu-se então, em 2012, elaborar um novo Plano

Estratégico, agora orientado pela equipe da Gerência da Qualidade, subordinada à Direção Administrativa. O Plano Estratégico foi elaborado em reunião do grupo gestor (gerentes e diretores), envolvendo ainda alguns membros do Conselho Administrativo, sendo revisado em 2013.

A partir de 2010, a sua elaboração se concentrou basicamente no uso da matriz *SWOTT* (MINTZBERG - 1991) e a metodologia do BSC (KAPLAN E NORTON, 1997), onde foram definidos os Objetivos Estratégicos dispostos no Mapa Estratégico apresentado no Anexo 1. A partir do Mapa Estratégico foram definidos os Indicadores, previstas para o acompanhamento da consecução dos Objetivos Estratégicos. Tais Indicadores também estão contidos no Mapa Estratégico, apresentado no Anexo 1.

O BSC adotado pelo HGV passou por adequações até chegar à versão que se aplica hoje. Uma delas é a presença de cinco perspectivas em vez das quatro estabelecidas no modelo original. O Quadro 4 a seguir mostra esta diferença

Quadro 4 - Perspectivas do BSC X Perspectivas do HGV

Perspectivas Originais do BSC (KAPLAN e NORTON, 1997)	Perspectivas do BSC no HGV
Financeira	Econômico/Financeiro
Cliente	Mercado/Imagem
Processos Internos de Negócio	Qualidade para o Cliente
	Tecnologias e Processos
Aprendizagem e Crescimento	Patrimônio Humano

Fonte: Mapa Estratégico do HGV. Elaborado pelo autor

De modo a garantir o acompanhamento do Plano Estratégico, foram definidos, a partir da adoção do BSC, indicadores de desempenho que são acompanhados mensalmente e dispostos em um Painel de Indicadores, apresentado no Anexo 2. Para dar suporte a este modelo foi desenvolvida toda uma sistemática de acompanhamento e controle destes indicadores, totalmente informatizada, sendo visualizada por meio desses painéis, que apresentam em tempo real os resultados dos processos ao serem executados e permitem que decisões sejam tomadas imediatamente.

O sistema adotado foi pensado no intuito de evitar o, máximo possível, a dependência de alimentação de dados, principalmente por parte dos profissionais especialistas (médicos, enfermeiros e outros ligados à assistência), reduzindo assim os problemas de confiabilidade das informações, e, quando as informações que não são alimentadas, o Diretor responsável pela área que não alimentou o indicador é acionado para intervir.

Os indicadores referentes aos Objetivos Estratégicos são denominados “Indicadores Gerais ou Estratégicos” e são avaliados em uma reunião denominada de Assembleia Geral Mensal (AGM), constituída pela Direção Executiva, Gerentes, Coordenadores e Supervisores. Nesta reunião é avaliado o desempenho dos setores por meio da apresentação dos Indicadores Estratégicos, que por sua vez são desdobrados em reuniões entre os gerentes e suas equipes em “Indicadores Setoriais”, que são acompanhados mensalmente. A Figura 1 apresenta as reuniões utilizadas para o acompanhamento e o tipo de indicadores resultantes destas reuniões.

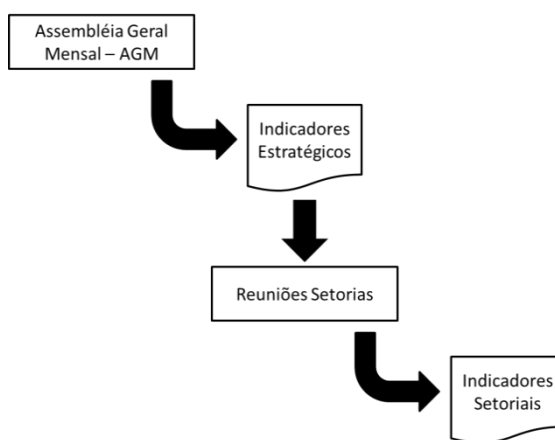


Figura 1 – Reuniões de acompanhamento e seus indicadores resultantes
Fonte: Elaborado pelo autor

Existem ainda reuniões semanais da Diretoria, onde são tratadas questões ligadas ao funcionamento do HGV. Em uma destas reuniões, participam também todos os gerentes e em outra, os Coordenadores dos Serviços Médicos e de Enfermagem e o objetivo da participação é aproximar o nível tático do estratégico, bem como envolver o corpo clínico do HGV.

Nesse intuito além das reuniões, foi criado para cada setor do HGV um banner de 1m40cm x 90cm, onde é apresentado o “Mapa Estratégico”, desdobrado por perspectiva e sua relação com os objetivos do setor em questão. Um exemplo deste banner se encontra no Anexo 3.

3.2.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Os procedimentos adotados para a coleta de dados desta pesquisa foram a análise documental (dados secundários), entrevista semiestruturada, questionário e observação não participante (dados primários).

Os documentos, considerados como dados secundários, foram coletados por meio de visitas ao HGV bem como pelo acesso parcial aos arquivos referentes aos registros do processo decisório. Considera-se como dados secundários, neste estudo, as atas de reuniões da diretoria, documentos que fazem referência ao Planejamento Estratégico, o painel de indicadores do BSC, as atas de reuniões gerenciais, mapa estratégico e os documentos institucionais usados para os processos de certificação e acreditação hospitalar.

As entrevistas foram aplicadas a partir da adoção de um roteiro semiestruturado (GASKEL, 2002). Este roteiro, apresentado no Apêndice 1, teve como objetivo aprofundar o entendimento a respeito das características do processo decisório, sua origem e o uso do BSC neste processo como metodologia de apoio à decisão. O roteiro foi aplicado à Alta Administração e aos Gerentes de diferentes áreas existentes no HGV, perfazendo em um total de 11 respondentes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A entrevista permitiu ao pesquisador desenvolver, de forma intuitiva, uma ideia da percepção de mundo dos sujeitos, a partir dos dados recolhidos e da linguagem do próprio sujeito (BOGDAN; BIKLEN, 2010). Anderson e Kanuka (2003) consideram ainda a entrevista com um método único, por meio do qual o investigador reúne dados, através da comunicação entre indivíduos.

O questionário teve o objetivo de auxiliar na identificação da influência do BSC enquanto modelo de apoio ao processo decisório, bem como identificar a presença das dimensões racional, política e simbólica que motivaram a sua adoção. Foi estruturado em cinco blocos de questões: indicadores, acompanhamento, participação e desempenho, totalizando um número de 35 questões.

O primeiro bloco, que consistia das questões 1 a 11, procurou identificar se o uso dos indicadores e suas metas estavam alinhados à estratégia do HGV. O segundo bloco, composto pelas questões 12 a 20, buscou levantar informações a respeito do processo de acompanhamento destes indicadores e a realimentação do processo decisório por meio de novas metas. O terceiro bloco de questões consistiu em identificar o mecanismo de participação das áreas nas definições das metas bem como identificar a existência de indicadores setoriais. Consistiu das questões 21 a 26. Por fim, o quinto bloco, composto pelas questões 27 a 35, tiveram como objetivo a identificação do papel do BSC na visão dos respondentes, com destaque para as questões 30 e 31 que versaram especificamente sobre as dimensões simbólicas e política respectivamente.

O modelo adotado consistiu em assertivas aonde os respondentes atribuíam uma nota de 1 a 5, de acordo com a seguinte escala: Discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente, sendo a nota 1 correspondente ao termo “discordo totalmente” e a nota 5 para o termo “concordo totalmente”.

O público alvo do questionário foram os gestores de nível estratégico, do nível gerencial, supervisores e coordenadores inclusive os ligados às especialidades médicas. O questionário inicialmente foi enviado via e-mail com link na internet para o “Google Docs”, para preenchimento automático. Infelizmente, por questões relacionadas à segurança dos sistemas de e-mail do HGV, a entrega foi prejudicada. Buscou-se então alternativa que foi a distribuição impressa. De forma a manter a integridade das informações, os 40 questionários foram entregues pessoalmente ao público-alvo ao longo de três dias. No ato da entrega, explanou-se a respeito dos

objetivos da pesquisa, da fidedignidade dos dados, e da certeza de que as pessoas não seriam identificadas. No ato da entrega ficou acordado um prazo de 10 dias para retorno. Ao final do prazo inicial estabelecido, haviam sido entregues 19 questionários, sendo, portanto, ampliado o prazo para mais 5 dias, com o objetivo de aumentar a participação. Decorrido o prazo total, dos 40 questionários distribuídos, obteve-se a resposta de 28 aptos para serem analisados. O modelo do questionário aplicado encontra-se no Apêndice 2.

Os dados que inicialmente seriam tratados diretamente com preenchimento automático do “Google Docs”, foram transcritos e compilados no Excel gerando assim uma tabela com os resultados apresentados no Apêndice 3. Os gráficos apresentados ao longo deste trabalho, também foram elaborados por meio do Excel.

A coleta de dados, através da técnica de observação, buscou conseguir informações, utilizando os sentidos no processo de alcançar certos aspectos da realidade, à primeira vista incompreensível. Essa técnica auxiliou o pesquisador a obter e identificar provas sobre os objetivos que os indivíduos não têm consciência, entretanto, guia seu comportamento. A observação desempenha papel importante, pois obriga o investigador a estabelecer um contato direto com a realidade estudada (MARCONI; LAKATOS, 2002).

A observação não participante aconteceu por meio de visitas agendadas ao HGV e participação das reuniões de acompanhamento de resultados. As observações foram registradas por meio de um diário de campo previamente definido para tal função e que continha os objetivos específicos da pesquisa para que não incorresse em observações que não contemplassem o objeto de estudo.

Uma vez que houve diferentes tipos de coletas a partir de múltiplas fontes de dados, foi usado o processo de triangulação (EISENHARDT, 1989). A triangulação ocorreu de tal forma, a verificar a convergência das informações bem como estabelecer a confiança nos dados levantados.

3.2.4 Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados

Segundo Denzin (1989), as diversas fontes de dados servem para neutralizar o enviesamento potencial, resultante da coleta a partir de uma única fonte de dados, contribuindo para o melhor entendimento do objeto de estudo em questão. Isso torna-se fundamental, uma vez que as conclusões e achados de uma pesquisa, por mais interessantes que possam parecer, terão pouca validade científica se a forma como se chegou a eles carecer de cientificidade.

Aos dados primários resultantes das entrevistas e observação não participante, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Segundo Bardin (1977, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

Na análise do material obtido, buscou-se a compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA e FOSSÁ, 2013). Bardin (1977) ressalta a importância do rigor na utilização da análise de conteúdo, a necessidade de ultrapassar as incertezas, e descobrir o que é questionado. As etapas da técnica propostas por Bardin (1977) são organizadas em três fases:

- 1) pré-análise,
- 2) exploração do material e
- 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise, é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreendeu a leitura geral do material eleito para a análise, ou seja, os documentos coletados na observação não participante e no caso de análise de entrevistas, a sua transcrição. De forma geral, efetua-se a organização do material a ser investigado, onde tal sistematização serve para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise (SILVA; FOSSÁ, 2013).

A exploração do material constituiu a segunda fase. Mozzato e Grzybovski (2011) explicam que a exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 1977).

Nesta fase, o conteúdo é organizado em unidades de análise, que pode ser por tema, palavra-chave, dentre outros. A fim de responder o problema de pesquisa e atender os objetivos geral e específicos da dissertação, as categorias estabelecidas neste estudo foram: BSC, organizações hospitalares e gestão estratégica.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 1977).

Cada categoria abordou aspectos considerados relevantes para o desenvolvimento da pesquisa, levando em consideração o referencial teórico levantado, como é visto quadro 5.

Quadro 5 - Categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias
BSC	Linearidade
	Metas
	Indicadores
Organizações Hospitalares	Não Linearidade
	Imprevisibilidade
	Autonomia dos agentes
Gestão Estratégica	Planos
	Decisões
	Acompanhamento

Fonte: Elaborado pelo autor

Parte dessas categorias e subcategorias foram interpretadas e confrontadas com as perspectivas das teorias abordadas, de acordo com objetivos propostos na pesquisa. Vale ressaltar que esses achados serviram também para subsidiar as articulações nas considerações finais.

A análise aplicada aos dados obtidos no questionário foi primeiramente determinar a proporção de respostas na escala determinada (1 a 5), a partir de assertivas relativas à adoção do BSC. De acordo o percentual obtido foi possível capturar as crenças dos respondentes com relação ao uso do BSC, que podem estar de acordo com a realidade dos fatos ou não e que subsidiaram a análise e as considerações finais, não sem antes serem confrontados pela análise do conteúdo das entrevistas e da observação não-participante.

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUIDANI, 2009) e por isso os dados secundários foram analisados a partir dos documentos que estavam ligados ao Processo Decisório, tais como o mapa estratégico, o mapa de indicadores, documentos institucionais usados para os processos de certificação aos quais o Hospital possa ter se submetido de modo a contribuir para o entendimento de como o Processo Decisório acontece.

3.2.5 Limitações da Pesquisa

Este estudo apresentou limitações no que diz respeito ao número de respondentes do questionário, uma vez que dos 40 questionários distribuídos, 28 estavam aptos para serem analisados.

Por se tratar de caso único (YIN, 2001), onde a pesquisa foi limitada a estudar um hospital, não se pode generalizar as suas conclusões, apesar de entender que a literatura relacionada a relação entre processo decisório e o BSC em organizações hospitalares ainda são em pequeno número, principalmente quando esta relação é analisada sob a ótica das dimensões racional, política e simbólica.

Por se tratar de um estudo relacionado à descrição de fatos ocorridos, algumas informações e detalhes podem ter sido esquecidos pelos entrevistados, por isso tentou-se atingir todos os gestores na pesquisa, visando minimizar a dependência da memória dos entrevistados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados do estudo. Inicialmente será abordado como ocorre o processo decisório estratégico e como é o uso do BSC no HGV. Na sequência, serão analisadas as características da adoção do BSC no HGV à luz das dimensões racional, política e simbólica.

4.1 PROCESSO DECISÓRIO ESTRATÉGICO E O USO DO BSC NO HGV

A análise do processo decisório estratégico no HGV evidenciou características do processo decisório estratégico e o uso do BSC no processo decisório estratégico. Os principais resultados são sumarizados a seguir e serão explorados mais detalhadamente na sequência.

a) O processo decisório estratégico é caracterizado por decisões estabelecidas a partir das reuniões no nível estratégico do HGV, materializadas em metas, definidas com a participação dos sócios e Diretores. No entanto, em decorrência de situações imprevisíveis, próprias do contexto hospitalar (BALDRIDGE, 1983; COHEN; MARCH, 1974; WEICK, 1976), fazem com que decisões estratégicas complementares não programadas possam surgir. Essas situações geralmente são identificadas por gestores de nível hierárquico intermediário e que, ao serem levadas para o nível estratégico, podem alterar ou não as metas estabelecidas, dependendo do impacto causado nas estratégias do HGV.

b) Uso do BSC no processo decisório estratégico: o BSC apoia o processo decisório estratégico estabelecendo as principais metas em forma de indicadores, relacionados aos Objetivos Estratégicos que compõe o Mapa Estratégico. Diferente do rigor com que as metas são estabelecidas, verificou-se a inexistência de Iniciativas Estratégicas e Planos de Ação voltados para a materialização das metas. Nesse caso, há uma flexibilidade por parte da gestão de maneira que os gestores podem ou não adotar planos, já que o compromisso é com o alcance das metas. O desempenho das

estratégias é acompanhado por meio dos indicadores que compõe o BSC. Os indicadores, são desdobrados desde o nível macro até indicadores setoriais e acompanhados mensalmente em reuniões com a presença dos gestores dos HGV.

Tais constatações têm suas características mais detalhadamente apresentadas nas subseções a seguir:

a) Processo decisório estratégico

No que se refere ao processo decisório e o papel do BSC nesse processo, verificou-se que as decisões estratégicas do Hospital surgem de diferentes frentes, inclusive a partir do BSC. Existem as decisões estratégias definidas por meio de projetos, estudos demandas do mercado e ainda propostas por Diretores, voltados ao plano de crescimento do Hospital, bem como aquelas decorrentes da operação, que são oriundas de gestores do nível intermediário. Independentemente de sua origem, todas são validadas em reuniões que acontecem no âmbito da Alta Administração (Conselho de Administração). Esse processo é evidenciado nos relatos de gerentes, apresentados a seguir:

[...] As decisões estratégicas são tomadas em reuniões de Conselho e desdobradas em reunião de gerências com a direção. São tomadas em função de cenário, mercado, dos objetivos mesmo de posicionamento de mercado, negócios e das especialidades estratégicas. (Relato do Entrevistado 01)

[...] nós temos um Conselho de Administração e uma Diretoria propriamente. Normalmente as demandas surgem neste meio, os grandes projetos [...]. Você tem o principal gestor e normalmente é ele que busca novos negócios. E aí você vai ter as decisões internas, se eu considerar desde substituição de equipamentos, ampliação de unidades de leitos, tudo isso vai ser levado para a reunião que acontece com a diretoria e daí surge de fazer ou não, de ampliar ou não [...] As grandes decisões são tomadas por esta diretoria [...] (Relato do Entrevistado 03)

Observa-se nas reuniões da Alta Administração aspectos de natureza política influenciando o processo decisório estratégico (MINTZBERG, 1994), além da análise racional de indicadores do BSC. Neste contexto político, presente em organizações hospitalares, as decisões são tomadas levando-se em consideração o interesse dos vários sócios, que atuam no HGV, e também do corpo clínico, evidenciando conflitos

nas decisões tomadas. Um dos motivos de conflitos, por exemplo, diz respeito a participação efetiva dos profissionais especialistas na gestão de metas e, inclusive, nas reuniões voltadas a essa demanda. Por um lado, a administração solicita o envolvimento dos especialistas a contribuírem com o resultado do HGV e por outro lado, os especialistas defendem que a qualidade da assistência se sobrepõe a qualquer resultado, inclusive o financeiro. A esse respeito, um diretor assim se manifestou:

[...] não é fácil, pois além de médicos de dentro da casa, você tem médicos de fora da casa, que são os médicos que vem operar, tem enfermeiros, tem fisioterapeutas, fonoaudiólogos, você tem nutricionistas, farmacêuticos e, de fato, trazê-los para a realidade é bem difícil. O que é que a gente faz hoje em dia? Dentro do Planejamento Estratégico, da reunião mensal que a gente tem, a gente traz um de cada setor para tentar ser o multiplicador das informações. [...] ele difunde o conhecimento que ele teve ali para as pessoas do setor. Além disso, fazemos algumas reuniões, seminários semestrais e que isso convida todo mundo de todas as áreas para poder tentar inserir o médico, o assistente, o profissional assistente na parte de gestão. [...] é difícil de fato. Eles não querem saber disso, “não me interessa”, mas aos poucos a gente está conseguindo. (Relato do entrevistado 09)

Tal conflito evidencia a característica profissional mencionada por Mintzberg (2003), e a disputa constante entre burocracia hierárquica (gestão) e burocracia profissional (especialistas). As evidências encontradas na pesquisa demonstram que a Alta Administração busca priorizar as decisões que vão ao encontro das macro diretrizes estabelecidas, todavia, tentando envolver os profissionais especialistas nesse processo, já que o apoio desses é fundamental.

Constatou-se que as decisões estratégicas também são influenciadas por questões internas que surgem do dia a dia do Hospital, ou seja, para além do planejado. As demandas operacionais com algum tipo de impacto estratégico são apresentadas geralmente pelo nível gerencial intermediário, por meio da participação destes em reuniões da Alta da Administração, sempre que necessário. Isso demonstra a existência de canais de interlocução entre os diferentes níveis de gestão, todavia decisões se mantêm concentradas na Alta Administração, independente de indicadores. A esse respeito um gestor clínico e um gestor administrativo assim se manifestaram:

Acho que surgem [decisões] a partir de um problema, este problema é levado para os cargos mais altos e as pessoas tem cada vez mais convicção de que falar de um problema é um assunto interessante e não ter medo de falar do problema como era uma visão anteriormente. (Relato do Entrevistado 07)

[...] quando tem alguma demanda específica, ela é discutida dentro destas reuniões de diretoria, é verificada nos indicadores das assembleias mensais e, se isto tem fundamento nós fazemos uma simulação, um orçamento prévio, um levantamento das necessidades para atender esta demanda, feito isso nós levamos para o Conselho de Administração que também tem reunião mensal e, se aprovado, vamos discutir. (Relato do Entrevistado 03)

Os relatos evidenciam, portanto, que nem sempre as indicações do nível gerencial intermediário eram acatadas, principalmente, quando apontavam encaminhamentos que poderiam comprometer o alcance do posicionamento estratégico, ou a imagem institucional do HGV. No entanto, a observação não participante do pesquisador evidenciou uma evolução no sentido de considerar as indicações de outros níveis hierárquicos, alterando ou adequando aquelas previstas inicialmente.

Notou-se que, mesmo o fluxo do processo decisório estratégico do HGV tendo sido concebido no sentido do topo para a base como apregoado por Chandler (1962), as decisões não programadas demonstraram surgir também da direção contrária, ou seja, da base para o topo. A observação não participante do pesquisador também permitiu constatar que, embora burocrático, o HGV não apresenta características de um processo sistematizado de tomada de decisões estratégicas. Na Figura 2 se apresenta o fluxo de reuniões onde formalmente o processo decisório é legitimado.

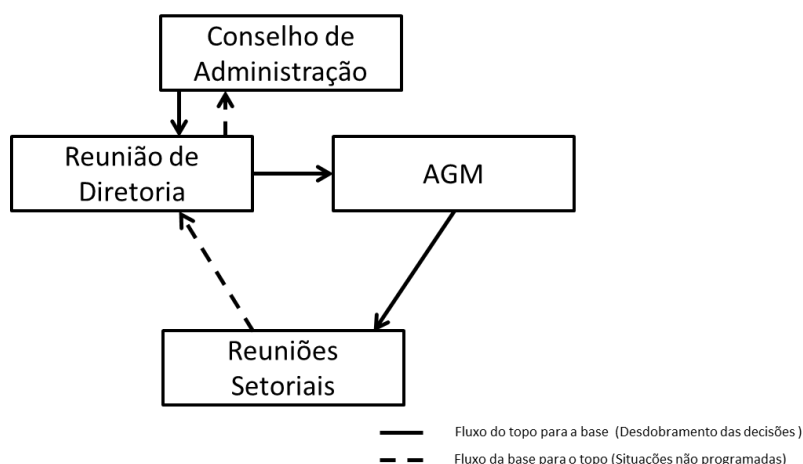


Figura 2 – Estrutura Decisória
 Fonte: Elaborado pelo autor

Mesmo sem a evidência de um processo decisório sistematizado, verificou-se a existência de macro diretrizes que orientam a gestão estratégica. Ao invés da adoção de um Planejamento Estratégico, o HGV possui macro diretrizes que são acompanhadas por meio do BSC, por meio de Objetivos Estratégicos e metas organizacionais. Ainda que não haja um Planejamento Estratégico formal, o Hospital trata o conteúdo do BSC como sendo um Planejamento Estratégico.

Verificou-se, entretanto, que os Objetivos Estratégicos não são temas das reuniões mensais dos gestores. Não foi observado o desdobramento em planos orientativos da implementação das estratégias como apregoado pela metodologia de Planejamento Estratégico (MINTZBERG, 1994). As ações do dia a dia são voltadas ao alcance de metas dos indicadores do BSC, onde cada gestor apresenta seus resultados em uma análise sobre os mesmos.

Caso a meta não seja alcançada, o compromisso do responsável é com o indicador do mês seguinte e aí sim poderá ser elaborado algum Plano de Ação para o alcance das metas nos meses subsequentes. Portanto, a geração de planos de ação é opcional e decidida pelo gestor responsável pela meta e foi identificada a sua prática somente na área administrativa, conforme relata um gerente intermediário da área administrativa:

[...] não precisou mudar a meta. Quando tem alguma coisa que a gente não cumpre a meta ou passou e não deveria ter passado, a gente tem um plano de ação para aquilo ali, mas a gente não precisa mudar a meta no meio do ano. (Relato do Entrevistado 10).

Verificou-se que não há o acompanhamento de Planos de Ação nas reuniões realizados pela Alta Administração. Também não foi evidenciada a elaboração de Plano de Ação por parte dos gestores e do grupo de especialistas da área clínica, apesar de haver um entendimento da necessidade do alcance das metas estabelecidas, sendo cobrados pelo alcance das mesmas. Também ficou evidenciada pouca ou nenhuma flexibilidade para alteração nas metas estabelecidas ao longo das reuniões de acompanhamento. Mesmo com a imprevisibilidade do ambiente hospitalar, destacada por Pascuci e Meyer (2011), verificou-se que as metas são mantidas até a

revisão, que ocorre apenas anualmente, como se observa no relato de um gestor intermediário da área administrativa:

[...] A gente evita de fazer alterações nas metas e nos indicadores durante o ano. Aquilo que a gente vai notando durante o ano que deve ser avaliado de uma forma diferente a gente vai guardando para que no final do ano quando vai de definir as metas e indicadores do próximo ano é que são feitas as alterações. (Relato do Entrevistado 03)

Ou seja, ainda que as metas e indicadores do BSC sejam acompanhados, eles não necessariamente representam o seu papel devido de apoio no processo decisório (CHANDLER, 1962; SLOAN, 1963, ANSOFF, 1965; KAPLAN E NORTON, 1997), na medida que são acompanhadas algumas metas que se tornaram, reconhecidamente, obsoletas ao longo do período. Tal fato denota a característica simbólica (MEYER; ROWAN, 1977) das metas enquanto apoio na tomada de decisão, ou seja, supõem-se o entendimento interno de que a manutenção das metas é importante para incentivar os gestores no alcance dos resultados, mesmo que diferentes dos iniciais.

Com relação à definição e ao desdobramento das metas do BSC para os níveis gerenciais intermediários, a percepção dos respondentes foi divergente no que diz respeito à participação dos setores. Na Figura 3 é apresentada a percepção dos respondentes, onde de um lado apresenta o resultado quanto as metas terem sido definidas em conjunto com as áreas e, ainda, se as metas foram delegadas as áreas.

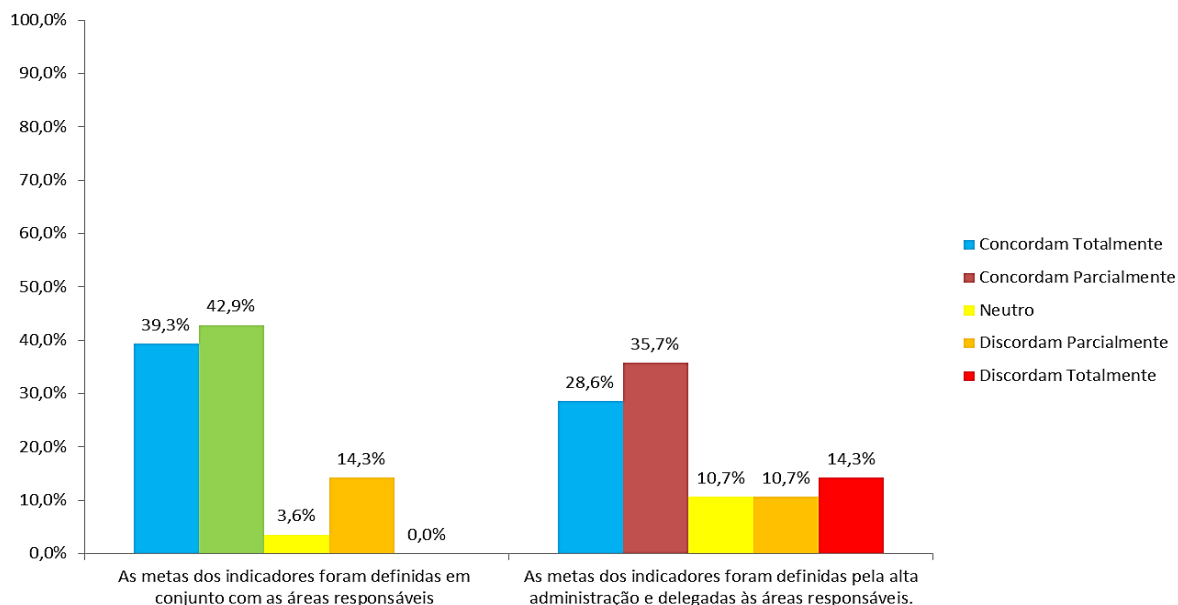


Figura 3 - Indicadores definidos em conjunto ao as áreas responsáveis x Indicadores delegados às áreas responsáveis

Fonte: Pesquisa

Nota-se que enquanto 64,3 % concorda ou concorda parcialmente que as metas dos indicadores foram definidas pela alta administração e delegadas às áreas responsáveis, 82,2% concordam ou concordam plenamente que as metas dos indicadores foram definidas em conjunto com as áreas responsáveis. Isso é uma contradição, demonstrando que o processo de definição de metas não é compreendido pelos respondentes do questionário.

No entanto, contatou-se na observação não participante do pesquisador e nos relatos dos entrevistados, que as metas são estabelecidas anualmente com a participação do nível estratégico e tático do HGV, ou seja, com os Diretores, Gerentes, Coordenadores e Supervisores, conforme o relato de um dos Diretores a seguir:

[...]. Nessa AGM é que são discutidos os indicadores do Planejamento Estratégico. São definidos todos os anos [...]. Isso é definido em uma das Assembleias. Em novembro ou dezembro normalmente nós temos a Assembleia do mês, mas nós temos uma Assembleia para definir os passos do próximo ano dentro do Planejamento Estratégico que está para dois ou três anos [...]. (Relato do Entrevistado 06)

Evidenciou-se, portanto, a autonomia dos gestores intermediários para alterar o curso das ações, mas, não de metas do BSC. Em se tratando de ações necessárias ao alcance de metas, os gestores do nível intermediário assumem decisões relacionadas a situações decorrentes, principalmente, de mudanças do ambiente externo, como por exemplo, o descredenciamento de planos de saúde ou alterações contratuais, entre outras de cunho mais operacional. A análise evidenciou a presença e influência da imprevisibilidade inerente ao contexto de organizações hospitalares no processo decisório e que dizem respeito a complexidade do serviço prestado, a incerteza do ambiente que estão inseridas tais organizações e a dependência de *stakeholders* com interesses diversos, dentre outras (ETZIONI, 1989; CECÍLIO; MENDES, 2004; PASCUCI; MEYER, 2013).

Evidenciou-se, portanto, que conforme os impactos causados, decisões não previstas podem surgir, evidenciando que os gestores também podem contribuir o processo decisório estratégico. Mesmo assim, sendo programadas ou não, as decisões estratégicas são balizadas pelas diretrizes estabelecidas pelo HGV, que são o aumento de leitos a partir da oferta de novos serviços e a alta complexidade, ou seja, a existência de macro diretrizes estratégicas permite que o HGV viabilize estratégias emergentes no dia a dia.

Constatou-se pela observação participante que o balizamento das decisões estratégicas a partir dos resultados dos indicadores é uma prática consolidada no HGV, envolvendo todo o corpo gestor do Hospital, mas, principalmente nas decisões operacionais.

Mesmo com a rigidez das metas e a autonomia do corpo gestor intermediário estar concentrada apenas em ações, houve um entendimento comum dos entrevistados de que o BSC no processo de tomada de decisões é contributivo ao Hospital. Mesmo assim 42,9% concordam que o modelo de BSC adotado poderia ser ajustado (internamente) para melhor atender as especificidades da organização hospitalar, conforme apresentada na Figura 4.

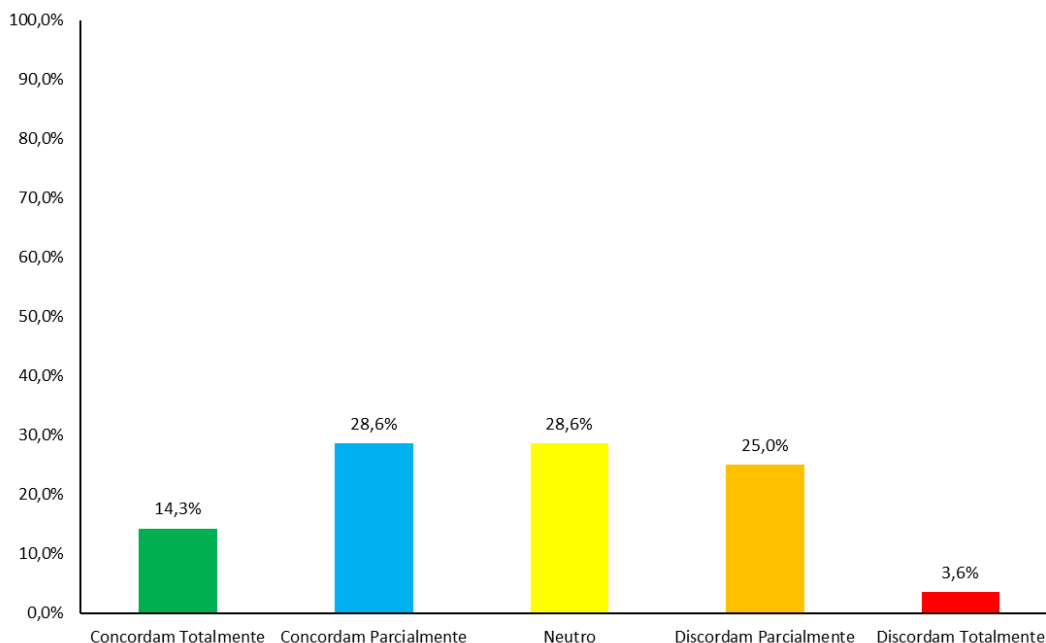


Figura 4 - Adequação do BSC às características do HGV
Fonte: Pesquisa

Nota-se que uma parcela significativa dos respondentes entende que o BSC deveria passar por adequações em razão do contexto hospitalar. Apesar de não declarada formalmente, observou-se que uma das adequações percebidas seria a efetiva revisão metas nas reuniões de acompanhamento, considerando tratar-se de uma metodologia de gestão estratégica. Além disso, não há clareza na relação de causa e efeito entre os Objetivos Estratégicos entre as perspectivas definidas, ou seja, qual o impacto entre os resultados dos indicadores não financeiros nos indicadores financeiros.

b) O uso do BSC no Processo Decisório Estratégico

O BSC no HGV a princípio foi proposto como um sistema de gestão de desempenho. Desde o início de sua adoção, verificou-se a preocupação em se estabelecer o balanceamento entre as metas financeiras e não financeiras, preconizadas no modelo de Kaplan e Norton (1996) e que no caso do HGV, estão estabelecidas nas perspectivas contidas em seu Mapa Estratégico. O relato de um

gestor administrativo evidencia a preocupação com este equilíbrio das diferentes vertentes do BSC:

[...] a gente detectou, percebeu a importância do equilíbrio de todas as perspectivas. Não.... Não prejudicar processos por conta de finanças, não prejudicar mercado, imagem, por conta de pessoas. Então, pelo equilíbrio mesmo. Então hoje já se tem essa.... Essa visão de ter indicadores alinhados. Mercado, finanças, processos, é.... agente viu que era importante o alinhamento das forças [...] Relato do Entrevistado 01

A observação não participante evidenciou que o objetivo deste balanceamento era apresentar para os gestores quais as metas necessárias para o alcance dos Objetivos Estratégicos do Hospital. A partir das metas estabelecidas, os gestores se tornaram responsáveis por definir a condução das ações de seus setores, independentemente de haver ou não um Planejamento Estratégico formal corporativo.

Ainda com relação a indicadores financeiros e não financeiros, observa-se que os respondentes têm a percepção da existência e distinção destes dois tipos de indicadores, bem como a percepção de que a Alta Administração reconhece as medidas não financeiras. A Figura 5 apresenta o grau de concordância dos respondentes a respeito da existência de medidas de desempenho financeiras e não financeiras. Para 85,7% a alta administração considera que desempenho vai além de metas financeiras.

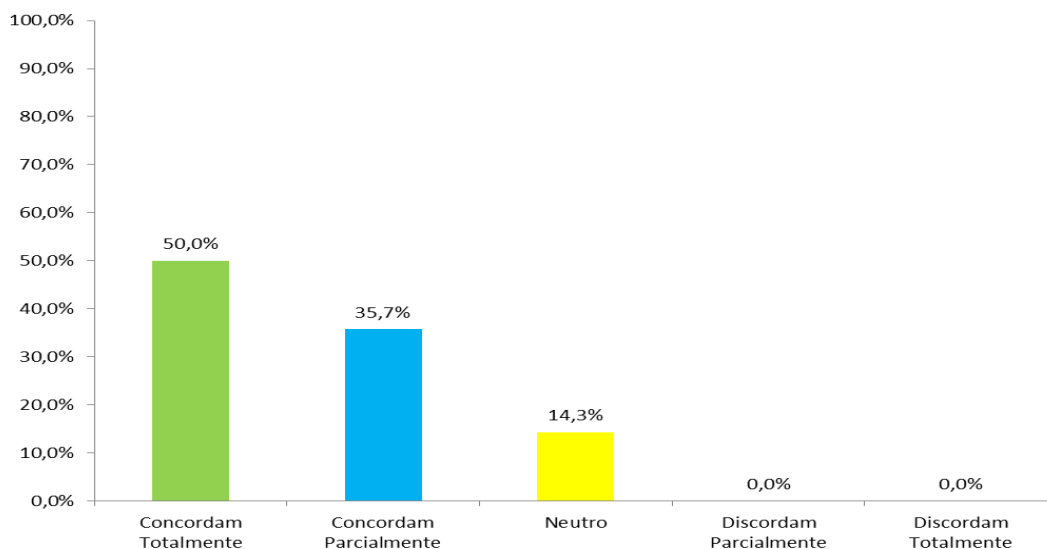


Figura 5 - Nível de concordância de que o desempenho para a alta administração vai além de metas financeiras

Fonte: Pesquisa

Além da percepção dos respondentes com relação à existência de indicadores não financeiros, o interesse da Alta Administração em alinhar um grupo específico de objetivos, que são os objetivos relacionados à assistência, aos objetivos financeiros. A preocupação com este alinhamento teve como objetivo ampliar a percepção do corpo clínico com aos impactos de suas ações em relação aos objetivos gerais do HGV, principalmente o financeiro. Tal iniciativa evidencia a tentativa da Alta Administração em integrar os profissionais especialistas e fortalecer o seu apoio em assuntos da gestão.

Constatou-se também na análise documental que os indicadores de assistência, que eram relacionados à infecção hospitalar, mortalidade institucional, número de úlceras de pressão, dentre outros, já eram mensurados nos processos voltados à Acreditação, um dos objetivos de legitimação perseguidas pelo HGV, e foram agregados ao BSC. Observou-se então que o BSC assim como a busca por Acreditações ressalta a preocupação do HGV com a sua imagem de gestão moderna perante a sociedade e o mercado (SUCHMAN, 1995) que, por sua vez também visa trazer um impacto positivo nos resultados financeiros. No entanto, não foi evidenciado pela observação não participante do pesquisador, qual a lógica para o balanceamento entre os indicadores conforme previsto na metodologia do BSC (KAPLAN; NORTON,

1997). Apesar de buscarem o equilíbrio entre os indicadores financeiros e não financeiros, na prática o que se constata é que tal equilíbrio é muito mais uma intenção institucional do que uma análise lógica e racional, descaracterizando assim a metodologia do BSC.

Comparado às características da metodologia desenvolvida por Kaplan e Norton (1997) pode-se constatar que, no HGV, a metodologia do BSC foi implementada parcialmente, ou seja, só foram desenvolvidos o Mapa Estratégico, com os Objetivos Estratégicos e seus indicadores, faltando a proposição de Iniciativas Estratégicas para a consecução destes Objetivos. A sua adoção no processo decisório estratégico consiste em um processo de controle destes indicadores e, ainda assim, não há adequação dos indicadores ao longo do acompanhamento, conforme as manifestações de dois gerentes da área administrativa:

O Diretor Geral colocou um desafio lá em 2010 para todo mundo, que ele queria ver planejamento estratégico construindo algo que desse resultado. Era uma coisa nova para ele o *Balance Scorecard*, principalmente na assistência. Hoje o nosso Planejamento Estratégico é em cima do BSC, por conta de resultado, porque o BSC trabalha com resultado, e todo mundo entendeu o que que a direção estava falando. (Relato do Entrevistado 04).

Nós mudamos as metas uma vez ao ano, obrigatoriamente, na revisão do planejamento. No decorrer do ano, a gente evita mudar as metas. (Relato do Entrevistado 01)

Observa-se no relato apresentado apenas as metas sofrem ajustes e ainda assim, anualmente. Ou seja, o foco orientativo demonstrou estar muito mais em o que atingir (metas) do que em como fazê-lo (planos de ação). Embora os entrevistados tenham mencionado a existência de um Planejamento Estratégico, o qual é revisado a cada três anos, a observação não participante do pesquisador não identificou a formalização de tal Plano Estratégico. A não existência das Iniciativas Estratégicas, que seriam decorrentes dos Objetivos Estratégicos (Kaplan e Norton, 1997) e as revisões concentradas na mudança das metas, corroboram a constatação de que o BSC, no HGV foi adotado como um sistema de Gestão de Desempenho.

Outra constatação possível a partir dos relatos, é que a ausência de revisão das metas no BSC implicava, quando da análise, em uma atuação paralela dos gestores. Isso pode ser observado a partir do momento em que, mesmo identificando a necessidade de alteração, os gestores aguardavam somente um momento para tal revisão, sem, no entanto, deixar de atuar nas novas situações emergenciais, mas com metas obsoletas, denotando assim uma característica simbólica desta metodologia.

Observou-se também, a partir dos respondentes, que um dos objetivos da adoção do BSC foi comunicar as estratégias organizacionais a todos os colaboradores do Hospital, conforme apregoa o modelo de Kaplan e Norton (1997). A Figura 6 demonstra a percepção dos respondentes referente a relação dos indicadores do BSC e as estratégias do HGV.

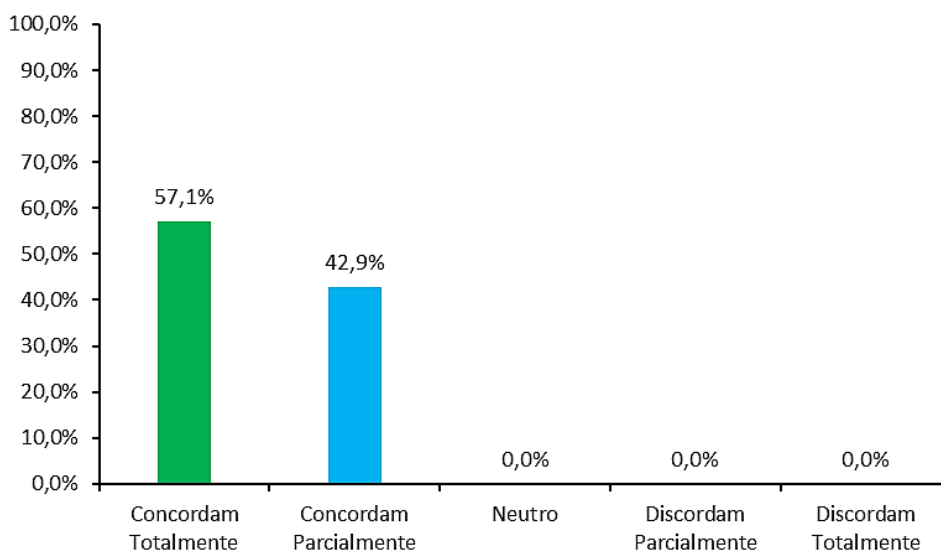


Figura 6 - Nível de concordância de que os indicadores organizacionais estão diretamente relacionados à estratégia

Fonte: Pesquisa

Nota-se no gráfico apresentado que todos os respondentes de alguma forma concordam que os indicadores do BSC estão relacionados com as estratégias organizacionais. No entanto, foi verificado por meio da observação participante que tal relação era do conhecimento apenas para gestores até o nível intermediário, contrariando os resultados obtidos junto aos respondentes.

Dos seis anos de adoção do BSC no HGV, apenas no último ano se verificou ação com o propósito de disseminar as estratégias organizacionais aos colaboradores do Hospital. Esse tipo de iniciativa teve como objetivo envolver não só a área administrativa, mas principalmente o corpo clínico, que ainda esboçava alguma resistência ao processo. Essa resistência foi constatada a partir dos relatos dos entrevistados, onde ficou evidenciado a dificuldade de implantação de um modelo de gestão em uma organização profissional, como é a organização hospitalar (MINTZBERG, 2003).

Observou-se que a adoção do BSC inicialmente se deu no intuito de trazer ao Hospital uma metodologia de gestão consolidada no meio empresarial (STACEY, 2010), tanto que o primeiro BSC foi elaborado com o apoio de uma consultoria externa. Percebe-se que, quando da realização dessa pesquisa, o HGV já não contava mais com a orientação de uma consultoria externa e, portanto, a opção por se adaptar o modelo à realidade do Hospital, utilizando uma equipe interna para esta adaptação.

Independente do processo de orientação para a implantação e condução do BSC, foi evidenciado que a opção pela sua adoção como apoio ao processo decisório, demonstrou ter apresentado os resultados esperados, tanto que 100% dos respondentes concordam que os indicadores do BSC são um importante mecanismo de apoio à tomada de decisões, demonstrado na Figura 7.

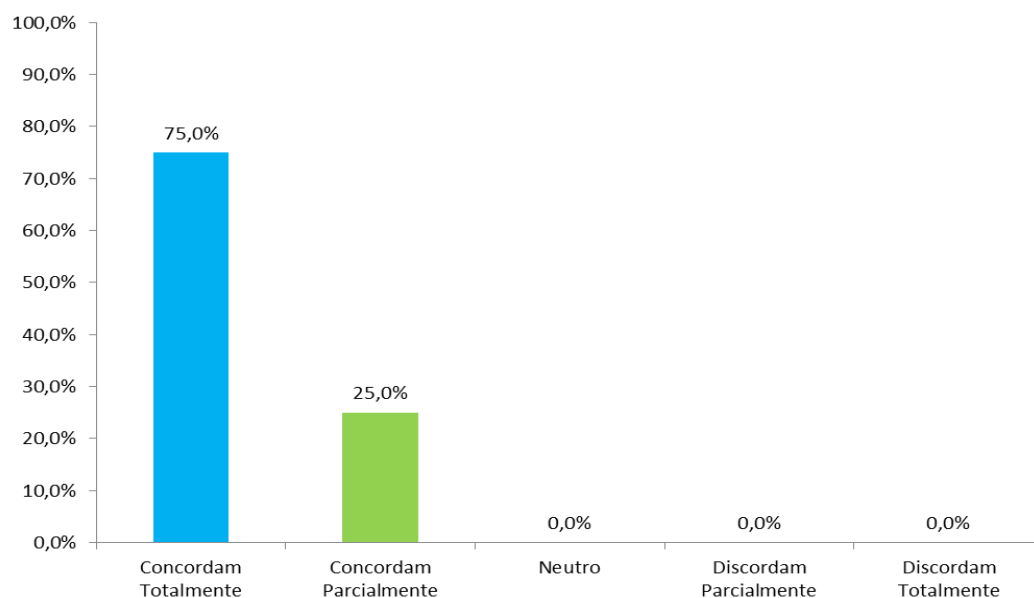


Figura 7 - Nível de concordância de que os indicadores do BSC são um importante mecanismo de apoio à tomada de decisão para o HGV

Fonte: Pesquisa

Todavia, na prática, tal constatação não foi totalmente evidenciada pela observação não participante do pesquisador. O que foi evidenciado na verdade é que as decisões estratégicas necessariamente não surgem destes indicadores e sim de discussões com os membros da Alta Administração.

Constata-se então que a adoção do BSC diferente do modelo original de constituiu, ainda assim, em um mecanismo de acompanhamento da implementação das estratégias. Há o entendimento por parte dos respondentes que a utilização dos indicadores trouxe contribuições no sentido de favorecer não só o entendimento das metas, mas também o seu alcance, conforme pode ser observado no Quadro 5.

QUADRO 6 - Nível de concordância com relação ao BSC ser um mecanismo de acompanhamento das estratégias

Nº	Questão	Discordam		Neutro	Concordam	
		T	P		P	T
12	Os resultados dos indicadores do BSC são acompanhados continuamente	0%	0%	3%	21%	76%
13	O sistema de controle derivado do BSC tem sido importante para que ações sejam realizadas e metas alcançadas pelo Hospital	0%	0%	7%	45%	48%
16	O acompanhamento dos indicadores do BSC é essencial para que ações sejam, de fato, implementadas.	0%	3%	3%	48%	45%
17	Gestores administrativos concordam e aceitam os controles de metas e indicadores para suas áreas.	0%	0%	10%	59%	31%
18	Profissionais especialistas (médicos, enfermeiros etc.) concordam e aceitam os controles de metas e indicadores para suas áreas.	0%	0%	10%	59%	31%

T – Totalmente P - Parcialmente

Fonte: Pesquisa

A concordância da maioria dos respondentes denota que o foco dado para o acompanhamento proporcionado pelos indicadores do BSC, constitui-se em sua principal finalidade. Toda a dinâmica das reuniões para a apresentação destes indicadores, o nível de participação de todo o corpo gestor, bem como a estrutura disponibilizada para seu controle, reforçam esta constatação. Todavia, não é o BSC a base principal para a tomada de decisões organizacionais.

4.2 CARACTERÍSTICAS RACIONAL, POLITICA E SIMBÓLICA DA ADOÇÃO DO BSC NO HGV

A adoção do BSC na gestão estratégica do HGV evidenciou a presença de características das dimensões racional, política e simbólica. Originalmente o BSC foi aplicado no HGV com foco racional, até por que a metodologia é constituída para este fim, ou seja, o BSC busca apoiar o alcance de melhores resultados financeiros, a partir de uma lógica de indicadores e metas, desenvolvidos na busca de uma relação clara de causa e efeito.

No entanto, foi evidenciado a predominância da dimensão simbólica e da dimensão política sobre a dimensão racional. Mas, a existência de metas que não são ajustadas e que, portanto, tornam-se obsoletas que não focam as ações, apenas as metas, demonstra que o uso do BSC é em grande parte um apoio simbólico na gestão e no processo decisório.

O que se verifica no HGV é uma tentativa de racionalização por parte dos gestores e entrevistados, ou seja, de tentar mostrar que as metas e a sua orientação fazem sentido, quando não representam informações do dia a dia que respaldariam as decisões estratégicas. Esta tentativa de racionalização pode ser constatada ao se verificar que 75% dos respondentes discordam ou discordam parcialmente que a imprevisibilidade do ambiente hospitalar dificulta a utilização racional dos indicadores como referência nas decisões, conforme apresentado na Figura 8.

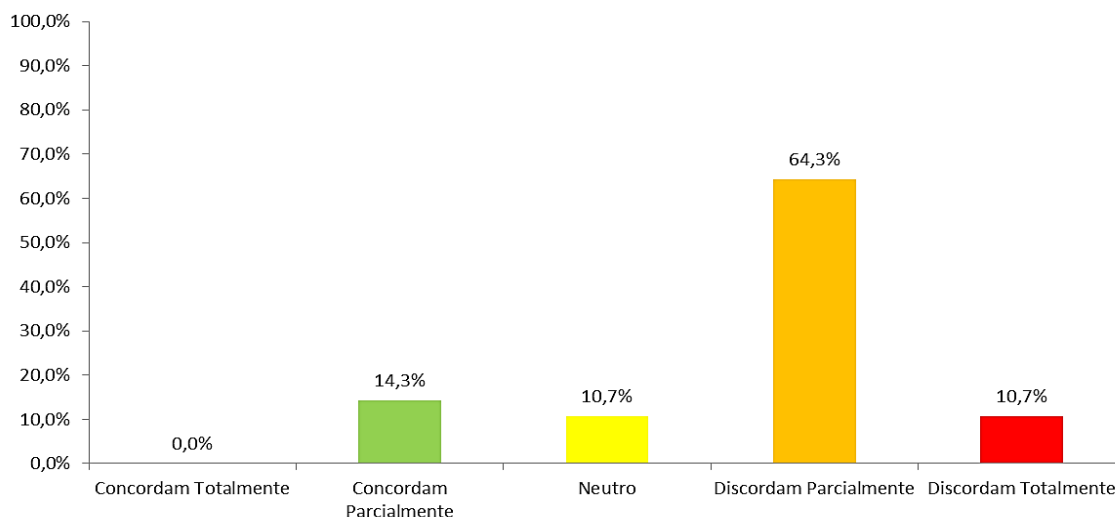


Figura 8 - Nível de concordância de que a imprevisibilidade do ambiente hospitalar dificulta a utilização racional dos indicadores

Fonte: Pesquisa

No entanto, a observação participante constatou que a imprevisibilidade do contexto externo não só existe, bem como afeta as decisões tomadas no HGV. O que se constatou na verdade é que as metas são rígidas, independente do contexto externo, mas as decisões são influenciadas pelo ambiente e pelos *stakeholders*, demonstrando a existência de característica simbólica destas metas. Portanto o HGV se esforça para ter um modelo de gestão visando alinhar os esforços para atingir e garantir as metas organizacionais. Entretanto, o atendimento aos interesses das partes interessadas, bem como a preocupação com a imagem de crescimento sustentável da organização contrariam o enfoque unicamente racional.

Na adoção do BSC, há um entendimento por parte dos respondentes de que as decisões podem ser adequadas em função das mudanças nos contextos internos e externos. Essa constatação foi apresentada por 96,4 % dos respondentes que concordam que as metas dos indicadores são ajustadas continuamente na medida em que o contexto interno e externo se modifica e 71,5% afirmam ainda que concordam ou concordam parcialmente que as estratégias do Hospital são revisadas em função dos resultados encontrados no BSC, conforme apresentado na Figura 9.

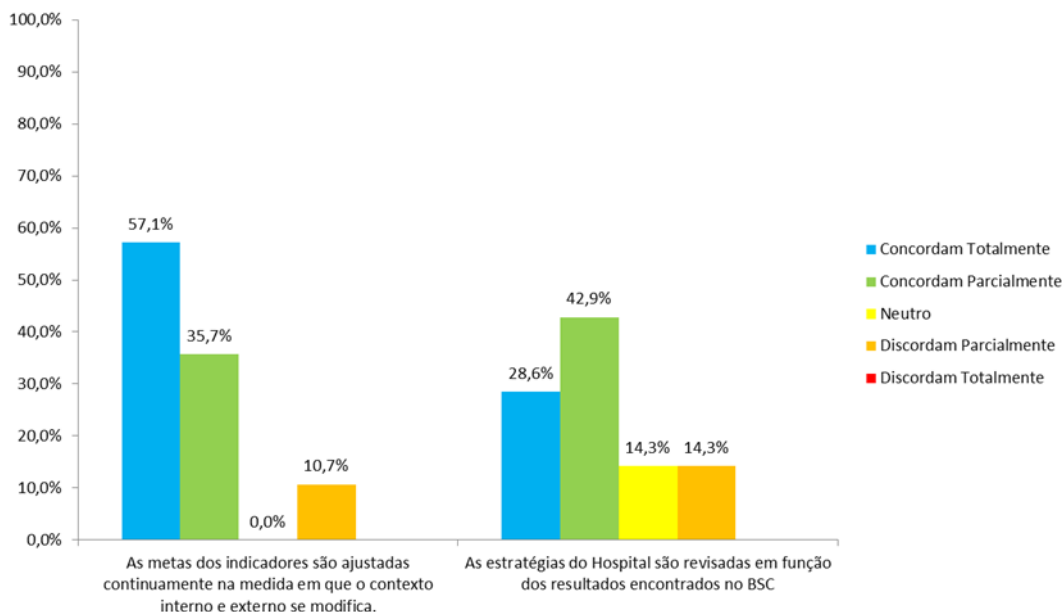


Figura 9 - Revisão dos indicadores e das estratégias do HGV em função das mudanças do contexto interno e externo

Fonte: Pesquisa

Os resultados apresentados contrariam as evidências da observação não participante que identificou que as metas não são revisadas. O que foi constatado é que pode ocorrer divergências de opiniões, em função de interesses conflitantes, principalmente entre a gestão e os profissionais especialistas, podendo assim o processo decisório ser interpretado como um processo político (CLEGG 1989; PETRIGREW 1973). O conflito entre a gestão e a área de assistência pode ser evidenciado no relato de um Diretor:

[...] o grande desafio que eu vejo, é você ter esse balanço entre o resultado e qualidade, porque hoje isso é uma coisa discrepante. Você ganha dinheiro com paciente crítico, mas pela ótica da qualidade você quer o paciente que tem menos complicações e com menos tempo [...] (Relato do Entrevistado 09).

Percebe-se assim o desafio da Alta Administração em compatibilizar os interesses específicos com os objetivos estratégicos do HGV. A metodologia de apresentar os indicadores de todas as áreas para os setores amplia a discussão política sobre qual é a prioridade das decisões estratégicas do HGV e a necessidade de que todos estejam alinhados, conforme relato de um Gerente da área administrativa:

[...] eu acho que muito das discussões talvez advindas da AGM. Na AGM nós discutimos a meta. O alinhamento das rotinas está descrito (não disse aonde). Então acho que vem muito da AGM. Mas eu penso que mais da atitude do gestor daquele setor. Na verdade nós dependemos da atitude dos gestores e principalmente do bom relacionamento entre os gestores. Nenhum setor do hospital consegue funcionar sozinho. [...] e hoje existe um alinhamento muito perto do perfeito entre os gestores. (Relato do Entrevistado 08)

Outra constatação que reforça o papel simbólico desempenhado pelo BSC no HGV diz respeito à percepção dos respondentes em relação à assertiva de que o “BSC fortalece a imagem de gestão moderna do Hospital”. Houve um índice de concordância de 100% dos respondentes com tal assertiva, conforme pode ser visto na Figura 10.

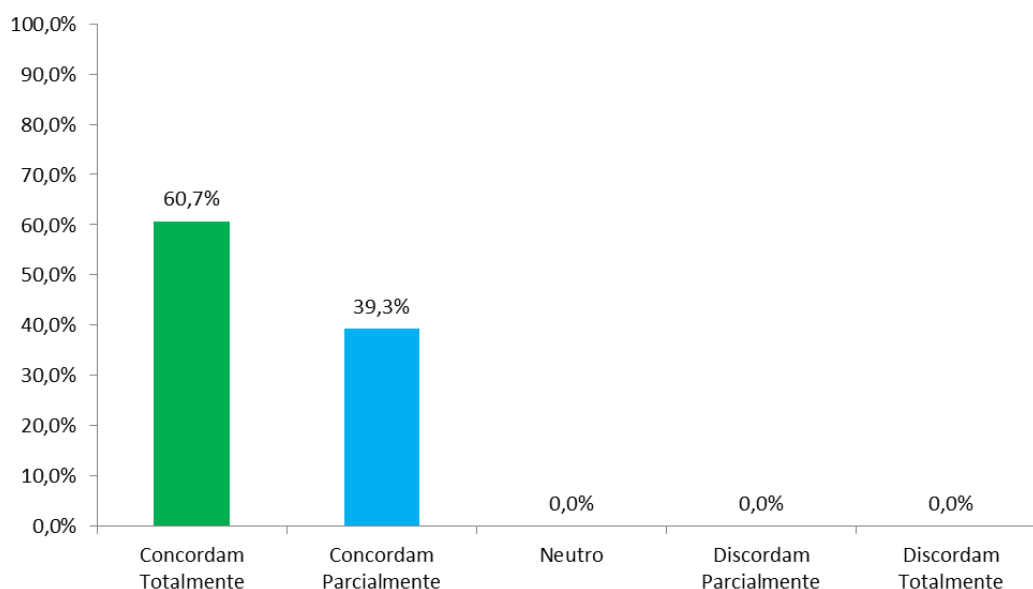


Figura 10 - Nível de concordância com relação à utilização do BSC para fortalecer a imagem do Hospital
Fonte: Pesquisa

Evidenciou-se na observação não participante que a preocupação com a imagem do HGV é um aspecto presente nas decisões. Além do BSC, o Hospital possui uma série de Acreditações Nacionais (ONA nível 3) e principalmente internacionais (Acreditação Canadense e *Joint Comission*), buscando demonstrar para a sociedade uma imagem de gestão moderna.

As dimensões racionais, políticas e simbólicas estão presentes na adoção do BSC como apoio ao processo decisório. Todos os dados levantados, indicam tal presença. O Quadro 6 procurou sintetizar a presença destas dimensões na adoção do BSC no HGV.

QUADRO 7 - Síntese da presença das dimensões racional, política e simbólica no BSC

(continua)

Dimensão	Principais características	Causas prováveis
Racional	Acompanhamento de metas mesmo que essas não representam a realidade do hospital	- Tentativa de racionalização da adoção do BSC - impacto da imprevisibilidade do contexto hospitalar na efetividade de métodos pautados na previsibilidade
	Foco no alcance das metas, independente das ações adotadas	- característica dinâmica das mudanças em sistemas complexos (implementação depende de adaptação contínua)
	Foco em macro diretrizes estratégicas, ao invés do planejamento estratégico	- impacto da imprevisibilidade do contexto hospitalar na efetividade de métodos (e iniciativas) pautados na previsibilidade
Política	Adequação de metas devido a conflitos junto ao corpo clínico	- dependência do poder profissional que o torna prevalecente em relação ao poder burocrático
	Decisões estratégicas concentradas e revistas segundo o interesse de um grupo de gestores	- negociações necessárias a fim de manter a coesão e apoio do grupo decisor
Simbólica	Adoção do BSC, apesar de parcialmente e limitado em seus resultados	- imagem de gestão moderna apreendida pelo mercado à organizações que adotam BSC
		- Adoção do método como se todas hospitais fossem semelhantes as organizações mercadológicas (<i>managerialism</i>)

(conclusão)

Dimensão	Principais características	Causas prováveis
Simbólica	Revisão das metas anualmente, apesar das mudanças ambientais que as tornam obsoletas	- imagem de adoção do BSC é mais importante do que seus resultados, efetivamente
	Limitado conhecimento da gestão intermediária quanto as diretrizes estratégicas na maior parte do período pesquisado	
	Uso de indicadores(mesmo que obsoletos) em reuniões de acompanhamento	- imagem de controle e acompanhamento junto ao público interno e externo
	Decisões estratégicas <i>top down</i> , apesar de quando a fonte é <i>bottom up</i>	- garantia de legitimidade quanto a quem são os decisores ou validadores (alta administração)

Fonte: Pesquisa

Nota-se, portanto, que a presença destas três dimensões na adoção do BSC denota que apesar da busca por uma metodologia de gestão mercadológica, o processo decisório estratégico é influenciado por outros fatores intervenientes próprios do contexto hospitalar. Estes fatores, principalmente os relacionados à imprevisibilidade e interesses diversos, se sobrepõem à dimensão racional, que fundamenta a motivação inicial da adoção da metodologia. Como resultado pode-se constatar que metodologias de gestão tais como o BSC, quando aplicado em organizações não mercadológicas, como é o caso do HGV, deveriam sofrer adaptações para atender a realidade destas organizações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral analisar as características da adoção do BSC no processo decisório estratégico de uma organização hospitalar. As considerações apresentadas nesta seção visam responder ao problema de pesquisa e também apresentar sugestões para futuros estudos.

5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA

Tendo em vista os aspectos observados na pesquisa, constatou-se que a adoção do BSC no HGV tem como uma de suas principais características a manutenção do foco no alcance das metas e não, as ações a serem adotadas pelos gestores para tal, ou seja, intencionalmente ou não, o hospital evita os efeitos que a imprevisibilidade e dinamicidade do contexto teriam em planos formais e rígidos, quando dá autonomia aos seus gestores para escolher as ações e iniciativas desde que alcancem as respectivas metas.

As decisões estratégicas no HGV têm sua origem a partir de Diretrizes Estratégicas ao invés de um Plano Estratégico, de fato. Aliás, a ausência de um plano e o foco em metas ao invés de ações, sugere que é por isso que se consegue o alcance de alguns resultados, ou seja, já que os gestores têm a meta, ficando livres para adequarem continuamente as ações que desenvolvem, em resposta à a imprevisibilidade e dinamicidade do ambiente hospitalar. A metodologia do BSC adotada pelo HGV não previu a existência de Iniciativas Estratégicas voltadas a transformar os Objetivos Estratégicos em ações concretas. Intencionalmente ou não, tal fato foi benéfico para o funcionamento do BSC no HGV, pois os Objetivos Estratégicos foram relacionados diretamente aos indicadores – pulando outras etapas propostas no método de Kaplan e Norton (1997) – permitindo assim, que gestores tivessem flexibilidade e autonomia para encontrarem formas de superar a dinamicidade característica do ambiente hospitalar.

Apesar, do aspecto simbólico do acompanhamento das metas verificou-se que os gestores conseguem racionalizar a adoção do BSC e encontrar justificativas para a sua importância no processo decisório. Mesmo que algumas metas possam se tornar obsoletas e que gestores nem sempre participem da definição de tais metas, ainda assim o BSC é percebido por eles como relevante no apoio ao processo decisório estratégico do HGV. Essa percepção destaca o simbolismo por detrás desse entendimento.

Cabe ressaltar que o BSC adotado, ainda que apresente contribuições sob a ótica racional – tais como manter o foco nos objetivos, definição clara de responsabilidades e objetividade das metas – representa um forte esforço simbólico do HGV em demonstrar uma imagem de gestão moderna e de profissionalismo frente ao mercado.

Outro fator a ser destacado é representatividade do aspecto político, influenciando a efetividade do BSC no processo decisório estratégico, uma vez que mesmo havendo os resultados dos indicadores, a maioria das decisões se volta aos interesses de grupos específicos. Como hospitais dependem do poder especialista (grupos de médicos) e sofrem grande influência de seus *stakeholders* (governo, sociedade, sócios, planos de saúde, etc.), isso significa, por vezes, abrir mão de metas internas para manter o apoio desses grupos. Portanto, também a efetividade do BSC demonstrou ser influenciada pelo contexto pluralista da organização hospitalar.

Outra constatação da pesquisa foi em relação à resistência inicial à adoção do BSC, principalmente, por parte de profissionais especialistas, ato este gerenciado pela alta administração por meio de um processo constante de negociação e interações informais. A redução da resistência de especialistas também foi conseguida pelo fato do HGV buscar a atuação exclusiva dos médicos, tornando-os mais dependentes da organização, e, portanto, mais suscetíveis ao processo de negociação. Tais iniciativas contribuíram para a aproximação dos especialistas com o processo de gestão, passando a entender melhor a dinâmica gerencial do HGV.

Conclui-se, portanto, que a adoção do BSC pelo HGV possui características muito peculiares, decorrentes das especificidades da organização hospitalar versus a linearidade dessa metodologia de gestão. Como resultado, o BSC possui um papel mais restrito ao acompanhamento da execução estratégica. Por outro lado, a solução encontrada pelo HGV de não adotar planos, delegando aos gestores a autonomia para encontrar caminhos e ir se ajustando a eles permitiu a flexibilidade exigida pelo contexto hospitalar, além de incentivar a capacidade de adaptação dos agentes em prol de materializar as estratégias, tendo como foco, as metas e diretrizes organizacionais.

Portanto, destaca-se que a mudança promovida no método, intencional ou não, tem permitido que o BSC seja funcional às necessidades do HGV, apesar da percepção interna da necessidade de ajustes adicionais. De fato, a sua utilização por si só não justifica o desempenho da organização estudada, mas tem a sua parcela de contribuição para que a estratégia, fruto da capacidade de concepção, análise e visão de sua Alta Administração, seja implementada.

5.2 SUGESTÃO DE PESQUISAS FUTURAS

Esse estudo se insere no esforço de analisar as características da adoção do BSC na tomada de decisões estratégicas de uma organização hospitalar. Assim, buscando a continuidade de estudos voltados à essa temática, sugere-se a realização de estudos, tais como:

- a) estudos comparativos voltados às práticas adotadas na implementação do BSC em hospitais de natureza diversa (ex. públicos, privados, filantrópicos, etc.);
- b) pesquisas voltadas à identificação da percepção dos diferentes grupos internos quanto às contribuições e limitações do uso de indicadores no processo decisório hospitalar;
- c) estudos voltados a analisar integração de práticas de gestão estratégica em organizações hospitalares, relacionando o Planejamento Estratégico (formulação) e o BSC (implementação), por exemplo; e

d) estudos propositivos de novas metodologias de gestão estratégica voltadas especificamente as características do contexto hospitalar.

6 REFERÊNCIAS

- ANSOFF, H. Igor. **Corporate strategy**: na anlytic approach to business policy for growth and expansion. New York; McGraw-Hill, 1965.
- ANSOFF, H. Igor. **A Nova estratégia empresarial**. São Paulo: Atlas, 1991. 265 p.
- ANTHONY, R. N. **Planing and Control Systems**: A Framework For Analysis. Cambridge: Harvard University Press, 1965, 180p.
- ATTADIA, L. C. L.; CANEVAROLO, M. E.; MARTINS, R. A. M. *Balanced Scorecard*: uma análise crítica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 23., 2003, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto: ENEGEPE, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 15p.
- BETHLEM, A. S. Modelos de processo decisório. **Revista de Administração**, v. 22 n.3, pp.27-39, Jul./Set. 1987.
- BOLMAN, L. G.; DEAL, T. E. **Reframing organizations**: artistry, choice, and leadership. 4. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2003.
- BROWNE, Mairéad. **Organizational decision making and information**. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1992.
- BUCHANAN, Leigh; O'CONNELL, Andrew. **Uma breve história da tomada de decisão**. **Harvard Business Review**, Jan, 2006, p. 20-29.
- CAMPOS, A. M. **Decisão e informação gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1988.
- CECÍLIO L. C. O.; MENDES T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e sociedade**, v.13, n.2, pp.39-55, maio e agosto, 2004.
- CILLIERS, Paul. **Complexity and postmodernism**: understanding complex systems. London: Routledge, 1998.
- COHEN, M. D., MARCH, J. G., OLSEN. A *Garbage Can* Model of Organizational Choice. **Administrative Science Quarterly**, v.17 (1), pp. 1-25, 1972.
- COHEN, M. D; MARCH, J. G. **Leadership and ambiguity**: the American College president. 2. ed. Boston: Harvard Business School Press, 1974.
- CORRÊA, A. C. **O Balanced Scorecard como um sistema complexo adaptativo**: uma abordagem quântica à estratégia. 2005. 361 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COSTA, Selma Frossard. **Gestão de pessoas em instituições do terceiro setor: uma reflexão necessária.** In: Revista eletrônica integração. n. 32. Ano VI – Disponível em: <http://integracao.fgvsp.br/index.htm>. Acesso em: agosto de 2015.

DAFT, R.; WEICK, K. Toward a model of organizations as interpretation systems. **Academy of Management Review**, 9(2), pp.284-295, 1984.

DAFT, Richard L. **Administração.** Tradução Robert Brian Taylor São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2005.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (Eds.). **Handbook of qualitative research** (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2006.

DRUCKER, P. F. The Effective Decision. **EUA HBR Harvard Business Review**, Jan./Fev.1967 nº 67105, pp.92-98.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

EISENHARDT, K.M; ZBARACKI, M.J. "Strategic decision making", **Strategic Management Journal**, Vol.13, pp.17-37,1992.

ENSSLIN, Leonardo; BORGERT Altair. V Congresso Brasileiro de Gestão Estratégica de Custos – Fortaleza, CE, Brasil, 20 a 23 de setembro de 1998.

ETZIONI, A. **Modern organizations.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1964.

ETZIONI, Amitai. **Organizações modernas.** 8 ed. São Paulo: Pioneira, 1989. 163 p.

FAÇANHA, S.L.O. **Contribuições para o processo decisório estratégico de fazer ou comprar:** um estudo exploratório de casos no contexto químico brasileiro. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FAYOL, Henri. **Administração industrial e geral:** previsão, organização, comando, coordenação, controle. 10 ed. São Paulo: Atlas, 1989. 138 p.

FERNANDES, A. da C. **Scorecard dinâmico – em direção à integração da dinâmica de sistemas com o *Balanced Scorecard*.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Coordenação dos Programas de Pós-graduação de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

FREITAS, H.; KLADIS C.M. O processo decisório: modelos e dificuldades. Rio de Janeiro - RJ: **Revista Decidir**, ano II, n.08, março 1995, pp.30-34.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. Em M.W. Bauer & G. Gaskell (orgs.), **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Um manual prático pp.64-89. Petrópolis: Vozes, 2002.

GREY, C. Reinventing business schools: the contribution of critical management education. **Academy of Management Learning and Education**, v. 3, n. 2, p. 178-186, 2004.

GRIGORI, A.M.; BAGU C.; RAGU C. **The strategic performance management process**. pp.276-279, 2000.

GOMES, Luiz Flavio; GOMES, Carlos Francisco Simões; ALMEIDA, Adiel Teixeira. **Tomada de Decisão Gerencial: um enfoque multicritério**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GURGEL JR, Garibaldi D; VIEIRA, Marcelo M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002.

HEIN, L. H. **Introdução quantitativa às decisões administrativas**. São Paulo: Atlas, 1972. 26p.

HOPPEN, N. (1992). Resolução de problemas, tomada de decisão e sistemas de informação. **Caderno de Administração Geral Programa de Eficácia Gerencial**, Porto Alegre.

JARZABKOWSKI, P.; FENTON, E. Strategizing and organizing in pluralistic contexts. **Long Range Planning**, v. 39, n. 6, pp. 631-648, 2006. doi: 10.1016/j.lrp.2006.11.002.

JOHNSON, G.; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. **Explorando a estratégia corporativa: textos e casos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

KALLÁS, D. **Balanced Scorecard: aplicação e impactos**. Um estudo com jogos de empresas. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

KAPLAN, R. S., e NORTON, D.P. **A estratégia em ação: Balanced Scorecard** (8ª ed.). Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KEENEY, R.; RAIFFA, H. **Decision with Multiple objectives: Preferences and Value Trade-offs**. John Wiley & Sons, 1976.

KHANEMAN, D. **Rápido e devagar: duas formas de pensar**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

LINDBLON, C.E. **O processo de decisão política**. Brasília, Ed. UNB, 1981.

LEMO, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In.: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7, 2011, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro: FIRJAN, 2011.

MARCH, James G. Bounded rationality, ambiguity, and the engineering of choice. **The Bell Journal of Economics**, v. 9, pp. 587-608, 1978.

MARCH, J.; SIMON, H. **Teoria das Organizações**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1979.

McDANIEL JR., R. Management strategies for complex adaptative systems: sensemaking, learning, and improvisation. **Performance Improvement Quarterly**, 20(2), pp.21-42. 2007.

MEYER JR., V.; LOPES, M. C. B. Planejamento Universitário: mito e realidade. In: XXI SIMPÓSIO BRASILEIRO E III CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO, 2003, Recife. **Anais...** Recife: ANPAE, 2003. pp.10-20.

MEYER, JUNIOR, V. Planejamento Universitário: Ato racional, político ou simbólico - Um estudo das Universidades Brasileiras. **Revista alcance**. V. 12, n.3, pp.373-389, 2005.

MEYER, V.; LOPES, M. C. B. Planejamento e estratégia: um estudo de universidades brasileiras. In: **Estratégia: Aplicações Setoriais e Estudos de Caso**. Curitiba: Juruá, 2007.

MEYER JR., V et. al.; Gestão estratégica: um exame de práticas em universidades privadas. **Revista de Administração Pública-RAP**. Rio de Janeiro 46(1): pp.49-70, jan./fev. 2012.

MEYER, V.; MEYER, B. "Managerialism" na gestão universitária: uma análise de suas manifestações em uma instituição empresarial. **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL**, v. 6, n. 3, p. 1-20, set. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Orgs) **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MILES, R., SNOW, C. C. **Organizational strategy, structure, and process**. New York: McGraw-Hill, 1978.

MILES, MB. HUBERMAN, AM. **Qualitative Data Analysis**. (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

MINTZBERG, Henry; Raisinghani, Duru; Théorêt, Andrés. The structure of "unstructured" decision processes. **Administrative Science Quarterly**. Vol. 21, June, 1976, 246p.

MINTZBERG, H. Patterns in strategy formation. **Management Science**. v. 24, n. 9, May, pp.934-948, 1978.

MINTZBERG, H. The organization as a political arena. **Journal of Management Studies**, v. 22, n. 2, pp.133-54, 1985.

MINTZBERG, H. The strategy concept II: another look at why organizations need strategies. **California Management Review**, v. 30, n. 1, pp. 25-32, 1987.

MINTZBERG, H. The Design School: reconsidering the basic premises of strategic management. *Strategic Management Journal*, 11, pp.171-196, 1991.

MINTZBERG, H. **The rise and fall of strategic planning**. New York: Freeman, 1994.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. *Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINTZBERG H *et al.* **O processo da estratégia** - conceitos, contextos e casos selecionados, Editora Bookman, 2007

MINTZBERG, H. **Tracking strategies: toward a general theory**. New York. Oxford University Press, 2007.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. **Management não é o que você pensa**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

MIZRAHI, S. E., 2006, "SIGESC Web - tecnologia de gestão de instituição de ensino", In: **III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. SEGET, Resende, 2006.
MORGAN, G. **Imagens da organização**. 2. ed. São Paulo: Atlas. 2006, p.17.

MORITZ, G. O.; PEREIRA, M.F. **Processo decisório. Curso de Graduação em Administração a Distância**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011

NASCIMENTO, Auster Moreira; REGINATO, Luciane. **Controladoria: um enfoque na eficácia organizacional**. São Paulo: Atlas, 2007, Cap. 3, pp. 30-49.

NASCIMENTO, T. H.; HOFFMAN, V. E.; FARIAS, D. D. Medindo o desempenho organizacional: um estudo no ramo particular de saúde do Distrito Federal utilizando a análise envoltória de dados. **Revista Brasileira de Estratégia**. v. 7, n. 2, pp. 154-173, 2014.

NICOLAU, I. O conceito de estratégia. **INDEG/ISCTE**. v.1, 2001.

NEELY, A.; MILLS, J.; PLATTS, K.; GREGORY, M.; RICHARDS, H. Performance measurement system design: should process based approaches be adopted?

International Journal Production Economics, Amsterdam, v. 46-47, p. 423-431, 1996.

OBSERVATÓRIO ANAHP 2014 – Disponível em: www.anahp.org.br. Acesso em: 25 de outubro de 2014.

OLDEN, P.C.; SMITH, C. M. Hospitals, community health and *Balanced Scorecard*. **Academic of Health Care Management Journal**, v.4, n.1, pp. 39-53, 2008.

OLVE, N. G.; ROY, J.; WETTER, M. **Condutores da Performance**: Um guia prático para o uso do “*Balanced Scorecard*”. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Hospitales. Disponível em: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>. Acesso em: agosto de 2015.

PARKER, Martin. 2002. **Against Management: Organization in the Age of Managerialism**. Malden, MA: Polity Press.

PASCUCCI, P.; MEYER Jr., V. Formação de Estratégias em Sistemas Complexos: Estudo Comparativo de Organizações Hospitalares sob a Perspectiva Prática. XXXV ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, Setembro, 2011.

PASCUCI, L. M.; MEYER JR., V. Estratégia em contextos complexos e pluralistas. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 17, n. 15, 2013, pp. 536-555, 2013.

PETERS, Tom J. WATERMAN, Robert H. **In Search of Excellence** - Lessons from America's Best-Run Companies. London: HarperCollins Publishers, 1982.

PETTIGREW, A. M. Strategy formulation as a political process. **International Studies of Management and Organization**. 17, 2: pp.78-87, 1977.

PFEFFER, J. **Managing with Power**: Politics and Influence Organizations. Boston: Harvard Business School Press, 1994.

PICOLI, F. R.; ABIB, G.; FONSECA, M. W. **Balanced Scorecard**: um estudo bibliométrico acerca da produção acadêmica da década de 2001-2011 no Brasil.

Revista de Contabilidade e Controladoria, v. 4, n. 3, p. 128-142, set./dez. 2012.

PORTER, M., & TEINSBERG, E. O. **Redefining healthcare: creating value-based competition on results**. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

QUIGGIN, J. Word for wednesday: “*managerialism*” (definition), 2003. In: LOCKE, R. R.; SPENDER, J. C. **Confronting managerialism**: how the business elite and their schools threw our lives out of balance. New York: Zed Books, 2011. p. 5.

RICHARDSON, K. A., Managing Complex organizations: Complexity thinking and the science and art, **Corporate Finance Review**; Jul/Aug 2008; 13, 1; ABI/INFORM Global pg. 23.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, Stephen Paul. **Administração**: mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2000.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C. D.; GUIDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano I, n. I, pp. 1-14, 2009.

SCOTT, W. R. **Organizations**: rational, Natural and Open Systems, 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S.W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 5 ed. São Paulo: EPU e EDUSP, 1975.

SIMON, H. A. **A Capacidade de Decisão e de Liderança**. Rio de Janeiro: Editora, Fundo de Cultura, 1972.

SIMON, H. A. **The shape of automation**: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Macmillan, 1977, 11p.

SIMON, H. A. **Comportamento Administrativo**: Estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. 3ª ed. Rio de Janeiro: FGV. 1979.

SIMON, H.A. Rational decision making in business organizations. **American Economic Review**, v.69, p.493-513, 1979.

SLOAN, A.P. **My years with general motors**. London: Sedgewick & Jackson, 1963

STACEY, R. D. **Complexity and organizational reality**: uncertainty and the need to rethink management after the collapse of investment capitalism. 2nd Ed. New York: Routledge, 2010. p. 45.

STACEY, R. D. **Strategy as Order Emerging from Chaos**. Long Range Planning: v.26, n.1, 1993.

STAKE. R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (eds.) **Handbook of qualitative research**. London: SAGE, 2005, pp. 435-454.

SUCHMAN, M. C. Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. **Academy of Management Review**, v. 20. n. 3, pp. 571-610, 1995.

THALER, R. From Homo o economicus to Homo sapiens, **Journal of Economic Perspectives**, 14 (1): 133-141, 2000.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 1995. 109p.

VECINA NETO; G.; MALIK, A.M - Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, 2007, vol12, n.4.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E.S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F.J. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.15, p.1301-1314, Rio de Janeiro 2010.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000, 47p.

YIN, R. **Case study research: design and methods**. Beverly Hills: Sage Publications, 1987.

WEICK, K. E. Educational organizations as loosely coupled systems. **Administrative Science Quarterly**, v. 21, p. 1-19, 1976.

WEICK, K. E. Substitutes for strategy. In: TEECE, D. J. (org.). **The competitive challenge**. Cambridge, MA: Ballinger, p. 221-233, 1987.

WHITTINGTON, R. **O que é estratégia**. São Paulo: Thompson, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso**, Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Antes do início da entrevista:

1) Informar ao entrevistado que a entrevista tem como objetivo o estudo dos processos decisórios estratégicos.

2) Informar quanto à confidencialidade das informações coletadas.

3) Informar que a pesquisa se refere ao período de outubro de 2010 até fevereiro de 2016, mas que informações relevantes de datas anteriores são importantes e bem-vindas.

4) Informar que a pesquisa se refere ao Hospital e não ao Grupo empresarial do qual o Hospital faz parte.

1. PERFIL DO ENTREVISTADO

1.1. Gênero: () Masculino () Feminino

1.2. Idade: _____ anos

1.3. Escolaridade: () Graduação () Especialização () Mestrado
() Doutorado

1.4. Curso e área de especialização: _____

1.5. Cargo ou função: _____

1.6. Experiência anterior em funções gerenciais: _____

1.7. Tempo de vinculação com a organização: _____

2. QUESTÕES:

- 2.1. Na sua opinião, COMO tem surgido as decisões estratégicas ao Hospital? Cite exemplos. (Investigar se resultam de iniciativas individuais ou grupais (reuniões), se entre a alta administração ou de diferentes níveis, se são influenciadas pelo contexto ambiental).
- 2.2. Em sua opinião, em que medida as decisões do dia a dia estão alinhadas às metas organizacionais ou elas recebem influência de outras fontes? Quais? Cite exemplos.
- 2.3. Quais as medidas adotadas pelo Hospital para que as ações desenvolvidas estejam alinhadas às metas organizacionais? Na sua opinião há pleno alinhamento? Se não, por que? (Investigar o processo de acompanhamento das metas, como ocorrem as reuniões e o que é acontece nelas, se tem objetivo de ajustes e de revisão conjunta ou de controle. Não mencionar diretamente BSC)
- 2.4. No seu entendimento, é possível que as metas organizacionais do Hospital sofram alterações ao longo do processo de execução e por quais motivos? Cite exemplos. (Investigar se o processo é de controle ou se o acompanhamento tem objetivo de aprimoramento, as metas e estratégias podem ser acrescentadas ou excluídas, em quais situações isso acontece, quem propõe e quem válida. Enfim, como é o processo).
- 2.5. Na sua opinião, em que medida as metas estabelecidas têm sido realizadas exatamente conforme foram inicialmente planejadas?
- 2.6. Na sua opinião quais fatores tem contribuído e quais tem atrapalhado o alcance das metas estabelecidas? Como estes fatores são administrados? Cite exemplos. (Investigar tanto em termos de fatores comportamentais como também processuais, ex.: indicadores, acompanhamento, sistematização, rigidez, controle etc.)
- 2.7. Tendo como base uma meta interna alcançada e uma não alcançada pelo Hospital aponte, na sua opinião, quais os principais fatores que contribuíram para esse resultado?

- 2.8. Na sua opinião, qual o papel de metodologias de gestão como o BSC no alcance das metas organizacionais do Hospital? (Investigar contribuições e limitações; se tem papel racional, político ou simbólico, conforme características de cada um destes)
- 2.9. Como se deu o processo de implementação destas metodologias? Foi sempre usada a mesma? Sofreu adaptações? (Investigar que metodologias foram usadas, se foram usadas as mesmas do mercado e se tiveram alguma adaptação na sua implementação)

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO

1) Perfil do Respondente

Gênero: () M () F

Idade:

Formação: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Curso de Graduação:

Cargo ocupado no Hospital:

Tempo de atuação no Hospital:

Cargo ocupado na organização:

() Diretor () Gerente () Coordenador () Assessor () Médico () Enfermeiro

() Outro (*especificar*):

II - Orientação sobre o preenchimento: Para cada questão apresentada, assinale um “X” na opção que melhor se aplica ao Hospital, de acordo com sua percepção. Para um melhor resultado da pesquisa, responda livremente, uma vez que os dados coletados são para uso científico e será garantido o anonimato do respondente. Inicialmente, você deverá decidir se concorda ou discorda da afirmação. A seguir, deve definir a intensidade da concordância ou discordância, marcando com um “X” a coluna mais apropriada, conforme escala atribuída. Para efeito da análise dos dados, é fundamental que você responda a todas as questões.

Escala

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

(continuação)

Nº	Afirmação	Escala				
		1	2	3	4	5
1	Os indicadores do BSC são um importante mecanismo de apoio à tomada de decisões no Hospital					
2	Os indicadores organizacionais estão diretamente relacionados às estratégias organizacionais					
3	As metas dos indicadores foram definidas pela alta administração e delegadas às áreas responsáveis.					
4	As metas dos indicadores são ajustadas continuamente na medida em que o contexto interno e externo se modifica.					
5	As metas dos indicadores são rígidas e as revisões acontecem apenas no final do período (anualmente, por exemplo).					
7	As metas dos indicadores foram definidas em conjunto com as áreas responsáveis					
8	O Hospital define indicadores para acompanhamento das metas e estes são divulgados para toda a empresa					
9	Desenvolvemos as nossas estratégias por meio do BSC					
10	O uso do BSC facilitou o conhecimento dos objetivos estratégicos do Hospital					
11	Os indicadores do BSC representam o caminho para onde o hospital vai					
12	O BSC Existe mas não se consegue implementá-lo					
13	Os resultados dos indicadores do BSC são acompanhados continuamente					
14	Gestores administrativos concordam e aceitam os controles de metas e indicadores para suas áreas.					
15	Profissionais especialistas (médicos, enfermeiros etc.) concordam e aceitam os controles de metas e indicadores para suas áreas.					
16	A imprevisibilidade do ambiente hospitalar dificulta a utilização racional dos indicadores como referência nas decisões.					
17	Os indicadores do BSC são usados efetivamente como apoio ao processo decisório					
18	A utilização do BSC no Hospital tem como objetivo ordenar e orientar as ações na busca dos resultados pretendidos					
19	As estratégias do Hospital são revisadas em função dos resultados encontrados no BSC					
20	O BSC foi implementado pela necessidade do Hospital passar uma imagem sólida, estável, equilibrada, eficaz e confiável.					

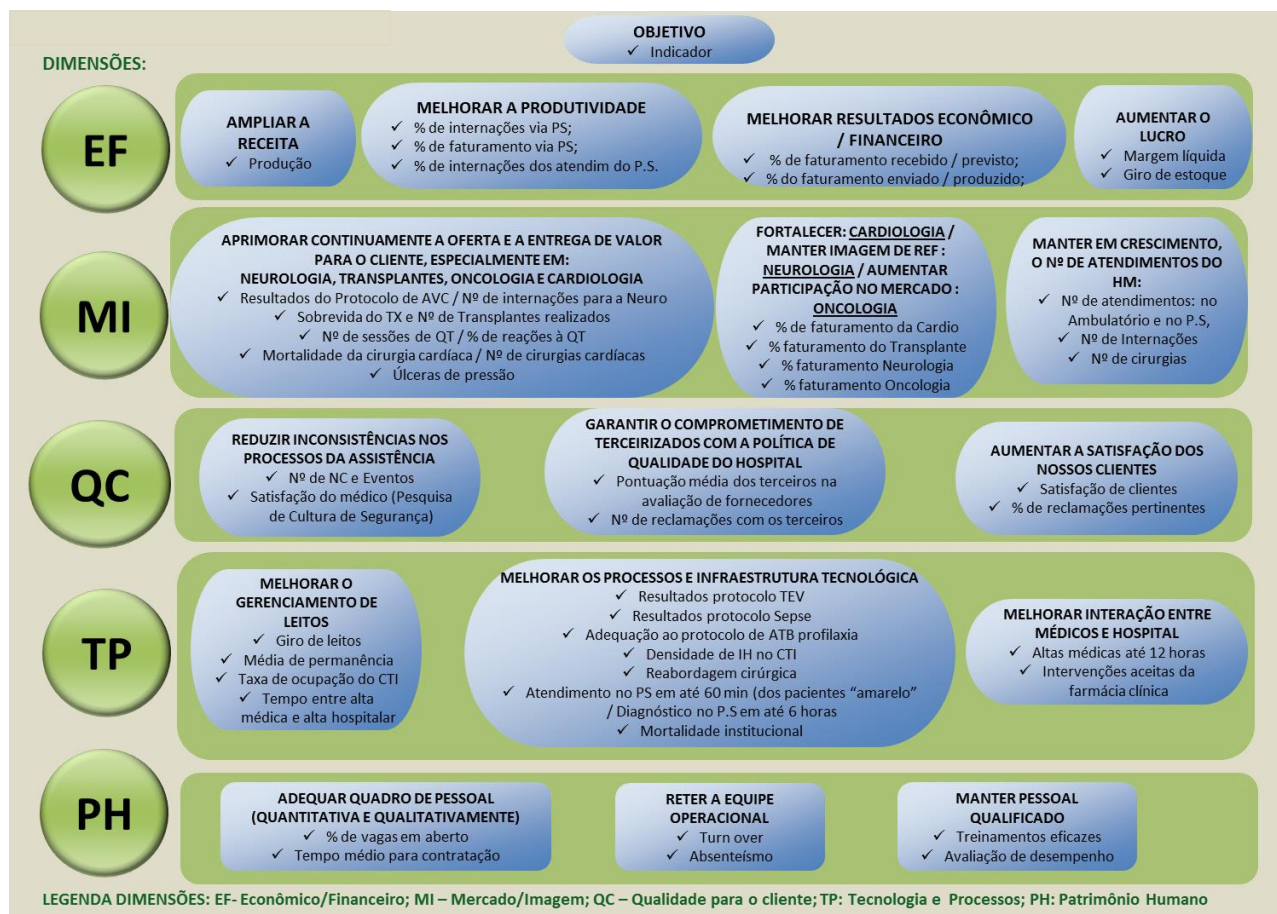
(conclusão)

Nº	Afirmação	Escala				
		1	2	3	4	5
21	O BSC reflete as decisões, objetivos e metas resultantes de um processo de negociação.					
22	Todas as áreas do Hospital possuem e utilizam os indicadores do BSC em suas decisões.					
23	As decisões organizacionais são mais assertivas porque são embasadas em metas e indicadores do BSC.					
24	As decisões relativas à prestação de serviços de saúde, em geral, não são embasadas em metas e indicadores do BSC.					
25	Gestores administrativos e especialistas (médicos, enfermeiros etc.) participam das reuniões de acompanhamento dos indicadores do BSC.					
26	As ações desenvolvidas no dia-a-dia têm foco maior nos indicadores de desempenho.					
27	As ações desenvolvidas no dia-a-dia têm foco maior na resolutividade das necessidades dos pacientes.					
28	Para a alta administração, desempenho vai além de metas financeiras.					
29	A adoção do BSC fortalece a imagem de gestão moderna do Hospital					
30	A adoção do BSC é muito importante para transformar intenções em ações.					
31	A grande maioria das ações realizadas por gestores foram, previamente, planejadas.					
32	O modelo de BSC adotado é muito adequado às características de gestão do Hospital.					
33	O modelo de BSC adotado poderia ser ajustado (internamente) para melhor atender as especificidades da organização hospitalar.					
34	As decisões melhoraram depois dos indicadores do BSC					

APÊNDICE 3 – COMPILAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO

Número	Questões	Discordam Totalmente	Discordam Parcialmente	Neutro	Concordam Parcialmente	Concordam Totalmente	Verif
1	Os indicadores do BSC são um importante mecanismo de apoio à tomada de decisões no Hospital	0%	0%	0%	28%	72%	100%
2	Os indicadores organizacionais estão diretamente relacionados às estratégias organizacionais	0%	0%	3%	41%	55%	100%
3	As metas dos indicadores foram definidas pela alta administração e delegadas às áreas responsáveis.	14%	10%	10%	38%	28%	100%
4	As metas dos indicadores são ajustadas continuamente na medida em que o contexto interno e externo se modifica.	0%	3%	0%	41%	55%	100%
5	As metas dos indicadores são rígidas e as revisões acontecem apenas no final do período (anualmente, por exemplo).	21%	24%	3%	28%	24%	100%
6	As metas dos indicadores foram definidas em conjunto com as áreas responsáveis	0%	14%	7%	41%	38%	100%
7	O Hospital define indicadores para acompanhamento das metas e estes são divulgados para toda a empresa	0%	10%	7%	55%	28%	100%
8	Desenvolvemos as nossas estratégias por meio do BSC	0%	7%	17%	38%	38%	100%
9	O uso do BSC facilitou o conhecimento dos objetivos estratégicos do Hospital	0%	3%	10%	31%	55%	100%
10	Os indicadores do BSC representam o caminho para onde o Hospital pretende ir	3%	0%	7%	38%	52%	100%
11	O BSC Existe mas não se consegue implementá-lo	48%	34%	3%	14%	0%	100%
12	Os resultados dos indicadores do BSC são acompanhados continuamente	0%	0%	3%	21%	76%	100%
13	O sistema de controle derivado do BSC tem sido importante para que ações sejam realizadas e metas alcançadas pelo Hospital	0%	0%	7%	45%	48%	100%
14	O sistema de controle derivado do BSC não tem contribuído para que as metas sejam alcançadas	48%	31%	7%	7%	7%	100%
15	Os resultados dos indicadores são acompanhados, mas, não influenciam nas decisões e ações desenvolvidas	55%	31%	3%	10%	0%	100%
16	O acompanhamento dos indicadores do BSC são essenciais para que ações sejam, de fato, implementadas.	0%	3%	3%	48%	45%	100%
17	Gestores administrativos concordam e aceitam os controles de metas e indicadores para suas áreas.	0%	0%	3%	52%	45%	100%
18	Profissionais especialistas (médicos, enfermeiros etc.) concordam e aceitam os controles de metas e indicadores para suas áreas.	0%	0%	10%	59%	31%	100%
19	A imprevisibilidade do ambiente hospitalar dificulta a utilização racional dos indicadores como referência nas decisões.	10%	66%	10%	14%	0%	100%
20	As estratégias do Hospital são revisadas em função dos resultados encontrados no BSC	0%	14%	14%	45%	28%	100%
21	Todas as áreas do Hospital possuem e utilizam os indicadores do BSC em suas decisões.	0%	7%	10%	66%	17%	100%
22	Todas as áreas do Hospital possuem e utilizam os indicadores do BSC, mas somente as áreas administrativas os utilizam em suas decisões.	28%	41%	10%	21%	0%	100%
23	Apenas as áreas administrativas do Hospital possuem e utilizam os indicadores do BSC em suas decisões	45%	34%	3%	17%	0%	100%
24	Gestores administrativos e especialistas (médicos, enfermeiros etc.) participam das reuniões de acompanhamento dos indicadores do BSC.	0%	0%	14%	31%	55%	100%
25	As decisões organizacionais são mais assertivas porque são embasadas em metas e indicadores do BSC.	0%	7%	3%	52%	38%	100%
26	As decisões relativas à prestação de serviços de saúde, em geral, não são embasadas em metas e indicadores do BSC.	31%	45%	14%	10%	0%	100%
27	As ações desenvolvidas no dia-a-dia tem foco maior nos indicadores de desempenho.	3%	14%	14%	52%	17%	100%
28	As ações desenvolvidas no dia-a-dia tem foco maior na resolutividade das necessidades dos pacientes.	0%	3%	17%	55%	24%	100%
29	Para a alta administração, desempenho vai além de metas financeiras.	0%	0%	17%	34%	48%	100%
30	A adoção do BSC fortalece a imagem de gestão moderna do Hospital	0%	0%	0%	41%	59%	100%
31	O BSC reflete as decisões, objetivos e metas resultantes de um processo de negociação.	0%	0%	17%	52%	31%	100%
32	A adoção do BSC é muito importante para transformar intenções em ações.	0%	3%	3%	55%	38%	100%
33	A grande maioria das ações realizadas por gestores foram, previamente, planejadas.	0%	7%	14%	59%	21%	100%
34	O modelo de BSC adotado é muito adequado às características de gestão do Hospital.	0%	0%	17%	55%	28%	100%
35	O modelo de BSC adotado poderia ser ajustado (internamente) para melhor atender as especificidades da organização hospitalar.	3%	24%	28%	31%	14%	100%

ANEXO 1 – MAPA ESTRATÉGICO DO HGV



ANEXO 2 – EXEMPLO DE PAINEL DE INDICADORES DO HGV

soulmv

Sistemas Estratégicos

Administrador Do Portal | Versão: 7.4-0
21/09/2016 16:04

Sumário

BSC: Competência:

<

 07/2016

>

	Valor do Mês	Meta	% Meta	T	Ano	Meta Ano	% Ano
ECONÔMICO / FINANCEIRA							
Ampliar a Receita							
Produção	10.718.524,96 ▲	11.000.000,00	97%	🟢	75.333.053,66 ▲	75.800.000,00	99%
Melhorar a produtividade							
% de internações a partir dos atendimentos do PS.	6,21 🔴	8,00	77%	🟢	5,53 🔴	8,00	69%
Percentual de faturamento via PS	70,08 🟢	70,00	100%	🔴	70,99 🟢	70,00	101%
Percentual de internações via PS	59,73 ▲	60,00	99%	🔴	61,25 🟢	60,00	102%
Melhorar resultados econômico/financeiros							
Percentual de faturamento recebido/previsto no semestre	100,82 🟢	98,00	102%	🟢	100,73 🟢	98,00	102%
Percentual do enviado / produzido no semestre	100,56 🟢	99,60	100%	🟢	98,95 ▲	99,60	99%
Aumentar o Lucro							
Giro de estoque	! 🔴		NC	🔴	! 🔴	NC	NC
Margem Líquida	-8,00 🔴	10,00	5%	🔴	-40,01 🔴	70,00	-57%
QUALIDADE PARA CLIENTE							
Aumentar a satisfação de nossos clientes							
% de reclamações pertinentes	35,29 🟢	50,00	141%	🟢	325,12 🔴	350,00	107%
Número de não conformidades na assistência	168 ▲	200	84%	🟢	1.122 🟢	1.400	80%

ANEXO 3 - BANNER DE DESDOBRAMENTO DA ESTRATÉGIA DO HGV

